

# Contribuições da Consulta Pública sobre Diretrizes de Atenção à Gestante a operação cesariana - CONITEC

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/04/2015	Outra	<p>1ª: Segue uma relação de mulheres que morreram esse ano de complicações de cesariana, através de relatos de conhecidos que foram chegando. A maioria dessas cesarianas era evitável. Muitas dessas histórias chegaram para mim de forma sigilosa, parentes que não querem falar, profissionais de saúde, de modo que espero igual sigilo. O que eu gostaria é de mostrar que estamos tendo uma epidemia de mortes maternas evitáveis que não é comentada, não é falada, e é disfarçada de fatalidade. As mulheres estão morrendo de cesarianas.</p> <p>Janeiro/2015 - Uma história estranha, pouco esclarecida, em que mãe e bebê morrem durante um parto. Não sabemos nem a via, nem o que ocorreu. <a href="http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/2015/01/mae-e-bebe-mortos-durante-parto-foram-atendidos-por-medico-presos.html">http://g1.globo.com/sao-paulo/sao-jose-do-rio-preto-aracatuba/noticia/2015/01/mae-e-bebe-mortos-durante-parto-foram-atendidos-por-medico-presos.html</a></p> <p>29/01/2015 - Juliana Augusto morreu algumas horas após cesariana no Hospital Metropolitano em São Paulo, SP. <a href="https://www.facebook.com/juliana.augusto.752">https://www.facebook.com/juliana.augusto.752</a></p> <p>Fevereiro/2015 - Ela morreu em Cuiabá de hemorragia após uma cesárea de gravidez de múltiplos (4). Passou anos tentando engravidar. Deixa viúvo e quatro filhos. <a href="http://www.hipernoticias.com.br/TNX/iphone/conteudo.php?sid=112&amp;cid=40426">http://www.hipernoticias.com.br/TNX/iphone/conteudo.php?sid=112&amp;cid=40426</a></p> <p>Fevereiro/2015 - Enfermeira obstetra morre após hemorragia numa cesariana aparentemente sem intercorrências. <a href="http://www.agazeta.net/cotidiano/8063-enfermeira-morre-apos-complicacoes-no-parto">http://www.agazeta.net/cotidiano/8063-enfermeira-morre-apos-complicacoes-no-parto</a></p> <p>Março/2015 - Puérpera morre de hemorragia dois dias pós cesariana no banheiro de sua casa. <a href="http://www.diariodosertao.com.br/artigos/v/Policial/jovem-morre-dentro-de-banheiro-apos-parto-e-familia-atribui-caso-a-demora-no-socorro-/20150302165642">http://www.diariodosertao.com.br/artigos/v/Policial/jovem-morre-dentro-de-banheiro-apos-parto-e-familia-atribui-caso-a-demora-no-socorro-/20150302165642</a></p> <p>Março/2015 - Mais uma que morre alguns dias depois da cesárea. <a href="http://sb24horas.com.br/mulher-morre-10-dias-apos-ter-dado-a-luz/">http://sb24horas.com.br/mulher-morre-10-dias-apos-ter-dado-a-luz/</a></p> <p>Março/2015 - Paciente morre após parto (procedimento cirúrgico - provavelmente cesárea, mas não aparece na matéria) <a href="http://jornaldachapada.com.br/2015/03/11/chapada-paciente-morre-no-hospital-geral-de-itaberaba-apos-parto-prefeitura-lamenta/">http://jornaldachapada.com.br/2015/03/11/chapada-paciente-morre-no-hospital-geral-de-itaberaba-apos-parto-prefeitura-lamenta/</a></p> <p>Março/2015 - Adolescente morre após o parto com embolia pulmonar. Não fica clara a via de parto. Em Monteiro. <a href="http://www.opipoco.com.br/2015/03/em-monteiro-adolescente-morre-de.html">http://www.opipoco.com.br/2015/03/em-monteiro-adolescente-morre-de.html</a></p> <p>Março/2015 - Brasília, mulher morre após quarta cesariana com placenta percreta, hemorragia e complicações. Raquel Feu Carvalho deixa 4 filhos.</p> <p>Março/2015 - Rio de Janeiro jovem Thais Ribeiro morre de complicações da cesariana (infecção) ocorrida 28/02 no Hospital da Mulher em São João de Meriti RJ. <a href="https://www.facebook.com/thais.ribeiro.39545?fref=ts">https://www.facebook.com/thais.ribeiro.39545?fref=ts</a></p> <p>3/Abril/2015 - Thayane Cristina Lessa, 18 anos, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, imediatamente após ser transferida do Hospital Maternidade Carmela Dutra, onde havia sido submetida a uma cesariana 24 horas antes. <a href="https://www.facebook.com/thayane.cristina.142">https://www.facebook.com/thayane.cristina.142</a></p> <p>3/Abril/2015 - Luciane Silva - Caieiras, SP - <a href="https://www.facebook.com/luciane.silvamym">https://www.facebook.com/luciane.silvamym</a> - sem mais informações</p> <p>Abril/2015 - Luciane Silva Mimosa, de 34 anos morre e duas outras mulheres vão para a UTI após cesarianas num hospital privado em Franco da Rocha, SP. <a href="http://noticias.r7.com/videos/mulher-morre-e-outras-duas-vaio-para-uti-apos-parto-em-hospital-na-grande-sp/idmedia/55206f710cf2eb2ce518bba9.html">http://noticias.r7.com/videos/mulher-morre-e-outras-duas-vaio-para-uti-apos-parto-em-hospital-na-grande-sp/idmedia/55206f710cf2eb2ce518bba9.html</a></p> <p>09/Abril/2015 - Santa Casa, Itatiba, SP - Nome da mãe, Aline dos Santos Reis. informação da Cema Alves - mulher morre 12 dias após cesariana eletiva, por</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
--------------	-----------------	---------------------------	------------

embolia. Deixa 4 filhos, 2 ou 3 nascidos de parto normal. Indicação da cesariana, pós datismo. 10/04/2015 - Suzane Bizarre - <https://www.facebook.com/suzana.bizarre> - Atibaia-SP hospital Albert Sabin - Cesariana eletiva marcada as 35 semanas por uma placenta prévia +- 12/04/2015 - Hospital Vila Alpina, morte por complicações de hemorragia em cesariana (informado por Thais Rodrigues Bernardo). 14/04/2015 - Mangaratiba, RJ, Fernanda Roza Soares morre por complicações de infecção após a cesariana. <https://www.facebook.com/fernanda.rozasoares> 15/Abril/2015 - Marilda Caribé - Morte materna por trombo-embolismo após cesariana eletiva. Feira de Santana, BA. Maternidade Santa Emilia. Deixa 6 filhos. <https://www.facebook.com/marilda.caribe> 15/04/2015 - Em Recife, morte por hemorragia após cesariana eletiva no Hospital Memorial Guararapes. Naara Alves da Silva. <https://www.facebook.com/naara.alves.182> -

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/04/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: 1) Antes do tempo:Acho que nenhuma cesárea eletiva, a não ser por critérios médicos precisos, deve ser realizada antes de 39 semanas de gestação. Presencio muitos colegas fazendo cesáreas com 37 e 38 semanas nas quais o Rn tem alguma dificuldade de adaptação transitória, não sou contra a cesárea a pedido, desde que bem esclarecida e que não seja realizada antes de 39 semanas.2) Falta de plantonista X insegurança: Aqui no sul de Minas temos um problema grande com plantonistas nas maternidades, assim como no resto do país e por isso, muitas pacientes, com medo de não ter assistência adequada na hora H, por falta ou de obstetra para realizar um parto de emergência, ou pediatra para recepcionar os bebês ou anestesistas para anestesia e analgesia, optam pela cesárea por se sentirem mais seguras. e no fundo certas. Eu também não gostaria de ser atendida em uma maternidade sem médicos de plantão. Os colegas também ficam sem alternativa para onde encaminhar as pacientes com segurança, pois não tem retaguarda hospitalar. TODAS as maternidades, sejam públicas ou PRIVADAS deveriam ter OBRIGATORIAMENTE equipe presencial, e as que não tem deveriam ser interditadas (principalmente as particulares, para pesar contra os planos de saúde) certamente isso melhoraria os agendamentos, por medo de falta de médicos ou de retaguarda em urgências.3) Medo da dor: Queria dizer que muitas pacientes optam por cesárea por MEDO da dor do parto e isso diminuiria muito se a analgesia também farmacológica estivesse mais acessível no SUS. Uma das queixas que mais escuto no pré natal, é que gestante sabe que o parto normal é melhor, mas tem medo da dor e ficam muito tempo "sofrendo"5) Incentivo financeiro: acho que além de gratificar as maternidades com projetos tipo Hospital Amigo da criança. deveria haver uma bonificação para as prefeituras que tivessem na sua rede ações e taxas de cesáreas mais baixas. Além disso, o plantonista recebendo por produtividade deveria ser o valor de um parto normal muito maior que de uma cesárea e o mesmo deveria ser com os convênios, enquanto o valor for semelhante, ninguém vai ter interesse em estimular. NO caso ainda dos convênios deveria haver o pagamento de hora de acompanhamento que existe no ROI na ANS, mas na prática não é pago.6) Pagamento diferenciado para aqueles que têm práticas de parto humanizado, tipo uma pontuação por parto e por gestante, como um pagamento diferenciado por produtividade.7) Infecção: as taxas de infecção pós cesárea são subestimadas, pois muitos colegas não notificam o hospital de eventual infecção de sítio cirúrgico. Isso precisaria ser compulsório e ter uma busca ativa da CCIH de cada serviço.8)Tempo de cesárea: deveria haver mais esclarecimento para as pacientes que depois de um cesárea (&gt; 18 meses) pode haver tentativa de parto normal, isso é pouco divulgado9) Ambiente Hospitalar: Não deveria ser permitido realizar parto normal fora de ambiente hospitalar em pacientes que já tenham tido uma cesárea, pelo risco de ruptura uterina ou em partos pélvicos, não existe conclusão de nenhum estudo que comprove segurança nestes casos10) Versão externa: deveria ser oferecida a todas as pacientes cujos fetos estivessem pélvicos e desejassem parto normal</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
26/04/2015	Outra	<p>1ª: Belo Horizonte 27/04/2015boa noite meu nome é Vanelli, e hoje em dia o ministério da saúde diz que precisa ser feito parto normal, mas no parto a mulher tem que esperar o recém nascido nascer sem anestesia, e a mulher ainda tem que fazer força para o bebê nascer eu tive minha filha e foi cesariana, por que a minha filha estava na posição errada, a minha filha não estava na posição de nascer, e sim sentada, graças a Deus que tive ela pelo plano de saúde unimed.a cesariana tem que ser feita sim ,mas em caso como o meu que a minha filha estava na posição errada e em caso que a mulher esta esperando gêmeos</p> <p>2ª: -</p>	
27/04/2015	Outra	<p>1ª: Acho que a gestante que optar por uma cesárea também precisa ter uma orientação do pediatra para informar todos os riscos que o RN sofre com a cirurgia.</p> <p>2ª: -</p>	
27/04/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Trabalho em uma instituição onde a cesariana e de uso normal.</p> <p>2ª: -</p>	
27/04/2015	Outra	<p>1ª: Não vejo justificativa baseada em evidências científicas para contraindicar (nem deixar de recomendar) versão cefálica externa em gestantes a termo (mais de 36 semanas completas) com feto pélvico, conforme consta nas recentes revisões abaixo, q não estou conseguindo anexar, mas seguem as referências, fáceis de encontrar na web:1) Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GML, Sinclair M; Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. The Cochrane Collaboration (Review);2012 2) RCOG Guideline No.20a. External Cephalic Version and Reducing the Incidence Of Breech Presentation, 20103) Rosman A.N et al. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2012 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology 92 (2013) 137–142</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
29/04/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Bom dia, Considerando a versão cefálica externa (VCE), pelo que compreendi do protocolo só poderá ser feita com 36 semanas completas, ou seja 37 semanas, e que depois deste período (termo) ela não é recomendada. Desta forma perderemos a oportunidade de fazer a VCE em muitas ocasiões 38, 39 semanas visto que ela não será recomendada e como o documento tem valor judicial, será difícil incluir outras idades gestacionais no protocolo da Instituição de VCE. Grato</p> <p>2ª: -</p>	
30/04/2015	Outra	<p>1ª: Sou estudante de mestrado pela Universidade Federal do Tocantins e minha pesquisa verifica a percepção das puerperas sobre a indicação da Cesariana. Em uma das partes da pesquisa verifico a sua indicação no prontuário, e ao avaliar esses prontuários uma das principais indicações relatadas foram a de sofrimento fetal, como observei que essa indicação não foi trabalhada no material, acho que seria válido trazer quais são as atuais evidências científicas sobre esta indicação, para que seu uso não seja feita de forma desnecessária.</p> <p>2ª: -</p>	
03/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: a cesariana como terapêutica resolutiva para o parto deverá ser avaliada quando à risco de morte para mãe ou para o feto. Pois o parto normal ainda é melhor método natural para o nascimento de bebês.</p> <p>2ª: -</p>	
04/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: TODA CRIANÇA TEM DIREITO AO ATENDIMENTO ADEQUADO NO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA COM VISTAS A DIMINUIÇÃO DA ASFIXIA PERINATAL. ESTE PROFISSIONAL DEVE SER CERTIFICADO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA EM REANIMAÇÃO NEONATAL E SER CAPAZ DE FAZER TODOS OS PROCEDIMENTOS NECESSÁRIOS A REANIMAÇÃO NEONATAL, INCLUSIVE ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL QUANDO INDICADA. A VIA DE PARTO NÃO DEVE SER INDICAÇÃO DA PRESENÇA DESTE PROFISSIONAL POIS EM QUALQUER PARTO EXISTE O RISCO DE ASFIXIA NEONATAL.</p> <p>2ª: -</p>	
05/05/2015	Outra	<p>1ª: que a ANSS coloque normas, da mesma forma que tem no SUS, para o não pagamento de cesáreas acima de determinado percentual, tanto para o médico como para o serviço</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
05/05/2015	Outra	<p>1ª: Ampliar, possibilitar e assegurar assistência pre-natal adequada, garantindo às gestantes informações sobre os riscos do parto prematuro, em especial para gestantes de regiões mais longínquas do país, que não tem acesso a informações e acompanhamento pré-natal. Adotar medidas de controle e prevenção através de pré-natal para gestantes que apresentem riscos como hipertensão, diabetes, idade avançada, problemas na placenta, entre outros. Criar mecanismos que viabilizem o acompanhamento de gestantes em regiões distantes e de difícil acesso por meio do programa Estratégia de Saúde da Família. Criar campanhas de esclarecimento e de fomento ao parto natural, resguardando que a adoção do parto cirúrgico ficará sujeita a avaliação do médico assistente, tendo por foco a segurança da parturiente e do feto. Criar mecanismos de remuneração que privilegiem o parto natural, visando o investimento em instalações adequadas e na capacitação profissional de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, além de educação continuada, objetivando o melhor atendimento e a melhoria das condições de atenção à mãe e à criança.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
05/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A cesariana não é uma cirurgia de escolha da paciente.</p> <p>2ª: -</p>	
05/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Trabalhar na formação dos profissionais de saúde, do grande benefício do parto vaginal em relação à cesariana. Não aceitar a imposição dos obstetras para a cirurgia eletiva.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
06/05/2015	Outra	<p>1ª: Percebo em minhas visitas domiciliares que os médicos não colocam o parto normal/natural como opção de parto, na verdade as mulheres são induzidas pelos profissionais que acompanham o pré-natal a realizarem quase em 100% dos casos a cesariana. E as mulheres são mesmo induzidas a acreditarem que a cesária é um tipo de parto (contudo sabe-se que cesariana é uma cirurgia para extração fetal e não uma via de parto) e que esta é a melhor opção sempre para a mãe e o bebê, muitas vezes a melhor opção somente para a mãe. Gostaria que fosse norma os profissionais exporem de forma clara e IMPARCIAL a opção pelo parto normal/natural ou a cesariana, colocando as vantagens e desvantagens de cada situação, seguindo por exemplo uma cartilha adotada pelo ministério da saúde com estas informações.. Hoje claramente a opinião médica sobrepõe a opinião/desejo da gestante. O medico para influenciar a gestante na escolha omite dados importantes sobre a cesariana e expõe de forma negativa o trabalho de parto normal, colocando-o como forma de sofrimento para mãe e bebê. Quero sugerir que o ministério da saúde crie uma cartilha que deve ser OBRIGATÒRIA nos serviços de pré-natal, nesta cartilha deverá conter os dados REAIS sobre cesarianas x parto normal: risco por tipo de nascimento para o binômio mãe e bebê; situação de saúde do bebê (dados sobre risco de bebês nascidos por cesaria desenvolverem comorbidades devido a cesariana); vantagem e desvantagens; dados sobre mortalidade, comorbidade e infeccções após as cesarianas; tempo de estadia no hospital e recuperação pós-parto, etc... Esta cartilha deve ser trabalhada com a gestante durante o pré-natal e esta, somente esta deverá dar a opinião final sobre o tipo de nascimento que ela escolhe para seu filho. Salvo casos em que a cesariana é realmente necessária, mas sabe-se através dos dados colhidos que estes critérios não são obedecidos.</p> <p>2ª: -</p>	
06/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Quem atua nesta área sabe a importância do pediatra na sala de parto. O nascimento é algo imprevisível, apesar da maioria das vezes ter um desfecho favorável. No entanto, partos normais ou cesarianos sem risco muitas vezes apresentam RN não vigoroso sendo fundamental a atuação do profissional no 1º minuto para reduzir a morbimortalidade destes pacientes. A redução da mortalidade neonatal é fruto principalmente da atuação destes profissionais em todos os partos. Seria um retrocesso esta mudança.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
06/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O parto cesárea por opção deve ser conversado com toda a equipe e paciente, incluindo o mpediatra. Esse inclusive deve fazer parte do pré-natal inclusive, onde a consulta pediátrica do pré-natal deverá ser incluída para todas as gestantes do sistema público e privado. Os esclarecimentos com o pediatra durante o pré-natal podem inclusive colaborar para a redução das indicações desnecessárias das cesáreas, além de garantir informações importantes de um momento tão importante e definitivo na vida desses bebês.</p> <p>2ª: Um profissional capacitado a iniciar todos os passos da reanimação neonatal deve estar presente em todos os partos (cesáreas ou parto normal). É uma recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria e seu grupo do Programa de reanimação Neonatal. O conceito de Minuto de Ouro é de extrema importância e defende que todos os recém-nascidos tem o direito de serem reanimados (quando indicado) no primeiro minuto de vida. Assim todo o nascimento, independente da via de parto, deve ter presente esse profissional. O pediatra é o mais indicado. O referido documento não coloca isso de forma clara, dando a entender que apenas o parto cesárea deve ter pediatra. Sabe-se (dados da Rede Brasileira de Perinatologia) que atualmente, 13 RN morrem por dia no nosso país de causa direta ou associada a asfixia neonatal. Desses 5 são RN hígidos, sem patologias prévias e com gestação sem intercorrências. Sugiro consulta mais detalhadas aos membros da Sociedade Brasileira de Pediatria, mais especificamente ao grupo executivo do Programa de Reanimação Neonatal.</p>	
06/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Em anexo segue meu trabalho de conclusão de curso: PREFERÊNCIA POR CESARIANAS EM GESTANTES NULÍPARAS DE UM CONSULTÓRIO PARTICULAR DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA: UM ESTUDO DE CASO</p> <p>2ª: -</p>	
06/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Como profissional da saúde desejo muito que os profissionais sejam capazes de tratar todas as gestantes de maneira respeitosa e humanizada. Informar, educar as mulheres para o parto.</p> <p>2ª: -</p>	
07/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O parto cesárea, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, também eleva o risco de que a ventilação ao nascer seja indicada- logo, é sim necessária a presença de Pediatra em Sala de Parto, que teve treinamento durante a graduação e residência Ref: de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Nonurgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95(5):F326-30.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
07/05/2015	Outra	<p>1ª: Para o incentivo ao parto normal, o MS deveria assegurar a realização do mesmo também por enfermeiros titulares de diploma ou certificado de obstetriz, de acordo com a Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 no seu artigo 9º, o mesmo cita o parto normal.</p> <p>2ª: -</p>	
07/05/2015	Outra	<p>1ª: Precisamos oferecer medicina de qualidade, que garanta a redução da mortalidade infantil e a redução de morbidade no período neonatal. As urgências em sala de parto acontecem de forma inesperada, ainda mais quando se trata de parto operatório. Seguem, abaixo, dois resumos muito importantes para que a equipe técnica responsável possa refletir e ponderar sobre esta questão. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
07/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Acredito que precisamos respeitar nossa realidade nacional, muitos territórios e localidades neste vasto País não possuem pediatras para atendimento de recém nascidos na sala de parto, e esse fato não pode representar uma justificativa para a falta de um atendimento adequado em sala de parto. Existem evidências científicas que o procedimento mais efetivo na reanimação neonatal é a ventilação com pressão positiva, procedimento simples e efetivo que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde desde que devidamente treinado. Nesse caso 1 em cada 10 recém nascidos melhoram com esse simples procedimento (Golden minute). Com esse simples procedimento salvamos muitas vidas. É bem verdade que se precisarmos avançar nos procedimentos de reanimação faz-se necessário a presença de um pediatra ou profissional médico devidamente treinado para dar prosseguimento a reanimação nos atos médicos como intubação, massagem cardíaca e drogas. Mas nesse caso o referido profissional deve estar alcançável mas não necessariamente presente em todos os nascimentos.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
07/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deve ser obrigatório em toda sala de parto um profissional médico que saiba todos os passos da reanimação neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É IMPRESCINDIVEL APRESENCA DO PEDIATRA EM TODA SALA DE PARTO CESARIANA, DEVIDO RISCO DE COMPLICACOES GRAVES, COM SEQUELAS PARA O RN, ALGUMAS DAS QUAIS NAO PODEM SER DETECTAADAS ANTERIORMENTE.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Há anos a Sociedade Brasileira de Pediatria junto com o Programa de reanimação neonatal vem trabalhando arduamente em todo o Brasil afim de diminuir os óbitos neonatais por asfixia ao nascer. É direito da criança ser assistido por um pediatra ao nascer. Partos que se iniciam como baixo risco em minutos evoluem para alto risco. Estamos diante de um retrocesso à assistência de qualidade aos nossos RNs...</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: como pediatra, professora do curso de medicina da UFMA e de diversos cursos de especialização na área da saúde e do mestrado em saúde materno infantil e como pesquisadora na área de gestão da saúde considero medida de risco a não obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto - inúmeros dados científicos demonstram que eventos ocorrem no momento do parto colocando o RN em situação de risco bem como há claras evidências do impacto da qualificação do profissional em atuação nesse momento para redução da mortalidade infantil componente neonatal - em uma sistema de saúde como o brasileiro em que a atenção ao pré-natal ainda se configura como grande desafio como definir um parto sem risco ao feto, ainda que a termo? quem assumirá o ônus da dispensa de um pediatra no momento do parto? optar por substituir o pediatra por outro profissional não melhora as perspectivas do sistema em relação a indicadores. Medidas concretas devem ser buscadas para garantir o pediatra nesse momento e não sua substituição. Plano de carreira médica no setor público com piso salarial configura-se em medida mais eficaz para interiorização a exemplo da carreira da área judicial.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Achei absurda esta proposta de retirar o pediatra da assistência aos neonatos de parto cesárea com anestesia regional....Freqüentemente nos deparamos com situações diversas em que se torna imperativa a realização de manobras de reanimação em tempo hábil , respeitando o GOLDEN minute.Acho que a formação de outros profissionais em curso de reanimação e valida, porém acho que a rapidez com que se iniciam os procedimentos e o reconhecimento precoce exige anos de experiência Se esta emenda for aprovada infelizmente assistiremos a um aumento do número de casos de asfixia perinatal onerando ainda mais nosso sofrido sistema de saúde Lamentável que nos dias atuais e com todos os recursos disponíveis apareçam propostas como essas que sao verdadeiro retrocesso na pratica de cuidados perinataisNao podemos seguir adiante com isso</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Segundo normas mundiais, na sala de parto sempre deve haver um profissional habilitado em reanimação neonatal. Mesmo em partos aparentemente sem riscos, podem ocorrer intercorrências, trazendo prejuízo ao RN, caso não haja esse profissional presente. Em minha prática clínica, atendo várias crianças sequeladas de asfixia neonatal, decorrente de uma assistência em sala de parto inadequada. Prejuízo para a criança, que tem sua capacidade intelectual cerceada já ao nascimento, e também para toda a família, causando ônus emocional e econômico.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Do ponto de vista científico, a literatura médica especializada já provou a importância da presença de um pediatra em sala de parto em todo nascimento, seja de risco ou não. Como médico neonatologista atuante há mais de 20 anos na assistência e ensino, considero inadmissível a aprovação desse documento nos termos em que foi escrito.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e instrutora de reanimação neonatal, trabalho sala de parto. Já reanimei vários recém-nascidos de cesárea sem fator de risco. Pediatra em sala de parto é fundamental para qualidade do atendimento. Profissional que atende o recém-nascido tem que ter experiência, formação para tal. Perdemos ainda muitos bebês por asfixia no Brasil. Temos que melhorar e não retroceder.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra não ter pediatra em todos os partos, pois antes de nascer não temos certeza se o bebê vai precisar de reanimação ou não. Então o bebê pode precisar de reanimação e a enfermeira não saberá entubar (função do médico).</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e instrutora do programa de reanimação gostaria de manifestar minha indignação em relação à proposta que aumentará a morbimortalidade neonatal apesar de todos os esforços realizados pela Sociedade Brasileira de Pediatria em treinamentos e capacitação para a melhor assistência ao neonato na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A retirada do pediatra da sala de parto em casos de parto cesáreo pode ser deletéria para o bebê, conforme recentes evidências científicas tanto nacionais como internacionais.<a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: 1) Parecer da Sociedade Brasileira de Pediatria: "Rio de Janeiro, 01 de agosto de 2012. PRES - 037/2012 Excelentíssimo Senhor Dr. Paulo Bonilha Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno Ministério da Saúde / Brasília-DF Prezado Doutor, Encaminhamos o posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria, a respeito dos temas a seguir. I. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO Considerando que: &amp;#8722; Estudo realizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com busca ativa nas 27 Secretarias de Estado da Saúde dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida em 2005, 2006 e 2007, evidenciou que 15 bebês brasileiros morreram ao dia por causas associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo, com peso ao nascer em média de 3170g e sem malformações. &amp;#8722; Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. &amp;#8722; No Brasil a cada ano, estima-se que 280.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, incluindo cerca de 32.000 prematuros com peso abaixo de 1500g. &amp;#8722; A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e que a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. &amp;#8722; O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia...."http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/carta_Dr_Eduardo_Vaz_Ministerio_Saude.pdf2)</p> <p>Parecer do Programa de Reanimação Neonatal da SBP: "Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>MinistroSaude.pdf ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo..."</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Delegar a outro profissional, que não o pediatra, a assistência ao RN em sala de parto cesareano, ainda que sem risco, considerando apenas a idade gestacional e a identificação anterior ao parto da ausência de risco é extramamente falho (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). As recomendações incluem o "golden minut" como norteador da assistência ao RN em sala de parto e as evidência mostram que o tempo transcorrido após o nascimento pode influenciar de maneira importante no desfecho negativo, caso haja a necessidade de reanimação (Ressuscitation 2012). O documento das diretrizes sob consulta aborda como referência o modelo inglês de assistência em sala de parto. No entanto, não considera o paradoxo que há entre a assistência de pre-natal inglês e o brasileiro, onde acesso e qualidade do pre-natal ainda são problemas evidentes e pungentes para nossa população.</p> <p>2ª: O monitoramento das pacientes gestantes em nosso meio é muito limitado. Na nossa prática diária, vemos pacientes inadequadamente monitoradas na sala de parto, seja esperando parto normal, seja após indicação de cesareana. Mais uma vez, comparar a nossa realidade com a realidade inglesa não é racional, nem razoável. Nem sempre dispomos de cardiocotografia, doppler ou mesmo US convencional em nossas salas de parto, enquanto no modelo inglês de assistência, as pacientes são monitoradas com esses exames sistematicamente durante a assistência ao seu trabalho de parto. Acredito que antes de modificar o modelo de assistência ao neonato, faz-se necessário adequar a assistência humanizada, organizada e de fato universal a nossas pacientes gestantes, garantindo-lhes um pre-natal de qualidade, acesso a leitos e acomodações adequadas em salas de parto, exames que permitam monitorar seus fatores de risco (e não apenas sua idade gestacional ou o risco anteriormente identificado, pois ha risco de falhas). Assim garantiríamos a segurança para a gestante e seu bebê.Do contrário, não estaremos avançando, estaremos em retrocesso.</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: De maneira nenhuma é possível a ausência do pediatra na sala de parto normal nem no parto cesárea mesmo q Rn em boas condições durante o pré natal. Como diminuir taxa de mortalidade neonatal tirando o profissional adequado da sala de parto? Além disso, cesárea só devem ser indicadas se houver problemas com o RN e se houver com a mãe é muito possível q o RN durante o parto sofra consequências.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é extremamente importante, para partos normais ou cesáreas, pois garante que o recém nascido receba a atenção adequada desde o primeiro minuto de vida. Mesmo gestações a termo, de baixo risco, com pré-natal adequado, estão sujeitas ao nascimento de uma criança com depressão respiratória, por exemplo. Nesses casos, a ausência de um pediatra habilitado para atuação imediata pode resultar em sequelas graves e morte.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Acredito que o neonato tem o direito à melhor assistência possível em sala de parto. Essa assistência só pode ser prestada pelo Profissional médico devidamente treinado.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra na Sala de Parto é imprescindível mesmo em caso de cesariana sem risco aparente porque a situação pode se modificar no momento do parto. E com a má qualidade de pré natal e de ultrasson obstetrico uma cardiopatia congênita pode passar despercebida e no momento do parto o que não era um problema devido a circulação fetal pode se tornar um desastre total e evoluir com óbito pela falta de um profissional capacitado ,no caso um pediatra treinado em reanimação neonatal. Sendo esse apenas um exemplo de muitas outras situações que podem ocorrer mesmo quando aparentemente tudo vai bem.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Obrigatoriamente deve haver um pediatra em sala de parto em todos os partos, normais ou cirúrgicos por sempre poder haver riscos ao Recém Nascido. A presteza do atendimento ao RN faz toda a diferença na morbidade e mortalidade.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: É uma temeridade colocar em risco a saúde do recém nascido. Pois já existem evidência da morbimortalidade em partos normais e principalmente em partos cesarianas. Sabendo que a hipoxia cerebral deixa sequelas irreversíveis. Todo recém nascido merece um profissional habilitado que lhe garanta um melhor atendimento. Ou seja, um pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Caros Instrutores do PRN-SBP – DISTRITO FEDERAL Solicitamos que leiam a mensagem abaixo e enviem a opinião “individual” à consulta pública disponível até 13 de maio na CONITEC. A abrangência da participação dos Pediatras dos 26 Estados e DF é necessária. Aproveitem para divulgar aos demais instrutores e pediatras de seus Estados. Atenciosamente, M Fernanda de Almeida e Ruth Guinsburg</p> <p>Presidência da SBP solicita que cada Pediatra manifeste sua opinião até 13/5 na consulta pública – Cuidado ao Recém-Nascido na Sala de Parto 07/05/2015</p> <p>A Presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria e seu Programa de Reanimação Neonatal consideram de fundamental importância a participação dos Pediatras Brasileiros até 13 de maio na CONSULTA PÚBLICA Nº 08 <a href="http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas">http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas</a> - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.”</p> <p>Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o recém nascido.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		2ª: -	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Reduzir a mortalidade neonatal constitui-se a quarta meta do Milênio, executada pelo Ministério da Saúde e implementada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, apoiada por todas as Sociedades dos estados brasileiros. O reconhecimento da importância do pediatra na sala de parto foi oficializada em 1993 com a Portaria 031/SAS-MS. O Programa de Reanimação Neonatal executado em todo o mundo é baseado em diretrizes divulgadas e reavaliadas continuamente ao longo de 38 anos. As maiores instituições científicas, Aliança Internacional do Comitê de Ressuscitação (ILCOR), American Heart Association (AHA), American Pediatric Association (AAP), entre outras, baseados nas melhores evidências científicas, (dezenas de milhares !!!!), publicam as diretrizes que fundamentam o Programa de Reanimação Neonatal, cujo primeiro princípio é a capacitação de recursos humanos para reanimação neonatal de qualidade, fundamental para prevenir a asfixia neonatal, responsável por cerca de 15 óbitos por dia, 1 a cada 2 horas, sendo que destes cerca de 5, são bebês a termo e sem mal formações. A proposta destas novas Diretrizes para o parto cesáreo, em tramitação é um retrocesso uma vergonha a mais para a saúde pública e para o conceito na comunidade científica mundial. Ignorar as evidências é caminhar para trás. Não podemos permitir esta barbaridade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra na sala de parto deve ser exigido, mesmo em cesárea sem fator de risco. Só sabemos se o RN vai precisar de assistência especializada depois que nasceu. O primeiro minuto de vida é vital para esses pacientes.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Temos observado a diminuição da mortalidade infantil através de atendimento imediato do pediatra principalmente na região sudeste. Não é prudente retirar este atendimento com o risco de termos possibilidade de aumento de sequelas permanentes através de tratamento inábil no momento do parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Outra	<p>1ª: É prioritária a presença do pediatra em todos nascimentos cesareanahttp://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A Sociedade Brasileira de Pediatria/SBP recomenda que "a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo."</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Trabalho como neonatologista em sala de parto há mais de 30 anos, nos setores público e privado em Fortaleza(Ce). Acompanhando no setor privado gestantes que realizaram pré-natal de qualidade (o que não é o caso da grande maioria das gestantes brasileiras), não raramente me deparei com RN que necessitou ser reanimado. Sabemos que não são todos RN a termo, nascidos de parto operatório que necessitarão de reanimação neonatal, mas, TODO RN É PARA SUA MÃE, O MAIS IMPORTANTE DO MUNDO, porisso sou totalmente contra essa normatização proposta, acho falta de respeito e de compromisso com as famílias brasileiras, indo na contramão na proposta de uma atenção Humanizada ao RN e sua família. Se um RN torna-se anoxiado por falta de uma assistência adequada (por um médico pediatra, treinado em reanimação neonatal), os que mais sofrerão além da criança afetada, serão seus cuidadores, que terão de conviver diuturnamente com uma criança especial.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Os primeiros minutos do RN são fundamentais para o resto da VIDA de uma sociedade. Só o Pediatra é o profissional competente para este atendimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença do profissional médico pediatra/neonatalogista em sala de parto, seja natural, seja cesariano, independente da indicação é imprescindível para a melhor qualidade da assistência oferecida ao recém-nascido de baixo risco e principalmente o de alto risco. Não há qualquer ganho na retirada deste profissional do cenário do nascimento para qualquer um dos atores envolvidos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana).Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.”Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgenteaumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Substituir:É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatalem cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal. Por:É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatalem todo parto por meio de cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em pleno processo de avanço e busca por melhores condições de trabalho, saúde e educação é injustificável decisões ou atitudes que nos façam retroceder no tempo. Não garantir ao recém nascido que o mesmo recebo um atendimento pela profissional capacitado e especializado é ferir o direito a uma saúde integral um dos preceitos do SUS. Por isso defendo que a presença do pediatra seja garantida na sala de parto seja no SUS ou no particular.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como instrutora do programa de reanimação neonatal ressalto a importância de ter um pediatra. Não é só nas cesariana de risco que nascem RNs deprimidos e que necessitam de reanimação. Um minuto de anóxia gera uma sequela pra toda vida.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho com atendimento em sala de parto ha cerca de 24 anos, a recomendação de não necessitar de pediatra em sala de parto não procede. O parto cesáreo é um parto de risco para mãe e bebê e trabalhos provam o risco aumentado de complicações por esta via de parto. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Maria Fernanda B de Almeida e Ruth Ginsburg Coordenação do Programa de Reanimação Neonatal da SBPEduardo da Silva Vaz Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessário SIM a presença do Pediatra em sala de parto. Seja ele normal, cesárea com anestesia local ou geral.Há vários estudos que reforçam essa recomendação.Seguem exemplos:Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30Resuscitation 2012;87:869-73</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O primeiro minuto de vida da criança. Cesareas eletivas de baixo risco não significam que teremos recém nascidos sempre sadios e sem necessidade de um pediatra habilitado para reanimação neonatal, caso este necessite. Além disso sabemos que cada 30 seg que ele perde no início da reanimação, maior a chance de aumento na morbimortalidade dele.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Esse documento apresenta risco importante de retrocesso na assistência ao recém-nascido. Toda criança tem direito a vida (constituição brasileira e Estatuto da Criança e Adolescente) e a melhor assistência possível em seu local de nascimento e o pediatra é o profissional treinado e indicado para realizar todos os passos da reanimação neonatal, dentro da perspectiva real de que não há nascimento sem risco, seja ele por parto vaginal ou operação cesariana. Considerando a elevada mortalidade neonatal brasileira, incomparável com países desenvolvidos, assim como também o nível educacional de nosso país - <a href="http://www1.folha.uol.com.br/saber/882676-brasil-fica-no-88-lugar-em-ranking-de-educacao-da-unesco.shtml">http://www1.folha.uol.com.br/saber/882676-brasil-fica-no-88-lugar-em-ranking-de-educacao-da-unesco.shtml</a> - é impossível importar diretrizes polêmicas de países desenvolvidos, absolutamente fora de nosso contexto. Precisamos avançar e não retroceder. Precisamos reforçar as diretrizes de que a criança tem o direito de ter uma assistência digna em um momento de transições tão radicais e capaz de definir vida, morte, sequelas neurológicas.... e a família ser poupada de eternos sofrimentos evitáveis. TEMOS QUE VER O CONTEXTO DE HUMANIZAÇÃO CENTRANDO NO MELHOR INTERESSE DA MULHER E DA CRIANÇA. AFINAL, QUAL É O MOTIVO DA GESTAÇÃO?</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: De acordo com as sociedades de pediatria do Brasil e principalmente de países desenvolvidos, onde a mortalidade infantil e muitas vezes inferior a nossa, a mortalidade se reduz consideravelmente pela adequada assistência ao RN por profissional capacitado e experiente nas manobras de reanimação neonatal. Devemos lembrar ainda que esta assistência adequada ira reduzir também comorbidades e consequentemente gastos públicos com internações e tratamento de seqüelas posteriormente.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Demonstrar minha indignação com tal projeto</p> <p>2ª: Ofereço minha opinião como neonatologista. Como especialista repudiamos esta conduta pois a necessidade do pediatra na sala de parto é fundamentada sim, por muitas publicações q mostram q o minuto de ouro para reanimar o bebe ,q por qualquer imprevisto nasceu deprimido, é logo após a retirada do feto , com condutas adequadas e treinadas nos cursos de reanimaçao divulgados pela sociedade de pediatria. Alem do mais é um direito da criança ser assistido pelo pediatra na sala de parto. Indignada estou com tal consulta publica.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada em recomendações científicas disponíveis. O risco de morte e morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de atraso no início da ventilação do recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
08/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Todo recém-nascido tem o direito de ter e deve ter um pediatra para recepcioná-lo na sala de parto independente de ser cesárea ou normal. Pois é o único profissional que teve formação e está habilitado para isso. Outro profissional mesmo tendo feito algum tipo de treinamento tipo curso de reanimação neonatal pode até aprender no curso a técnica mas não tem o preparo, digo, teoria e prática diária como o pediatra. Não é só porque na maioria das vezes o RN nasce bem, que seja dispensável o profissional que é preparado para recebê-lo, no caso o pediatra. Porque mesmo o bebê nascendo bem alguns, logo em seguida podem deprimir e outro profissional apenas com o curso de reanimação neonatal não vai ter a experiência e a prática do especialista para resolver a situação.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Baseada em dados já estudados considero fundamental a participação do pediatra neonatologista-médico inteiramente qualificado, na assistência na sala de parto ao recém-nascido. Sabe-se que a idade gestacional por mais próxima da realidade quando diagnosticada através de ecografia do primeiro trimestre não é tão fidedigna e os prematuros tardios de 36 semanas com muita frequência tem problemas respiratórios logo que nascem. Além disso, a necessidade de reanimação neonatal é muito prevalente, sendo que o profissional mais qualificado para tanto é o pediatra neonatologista, quem além da formação de médico, pediatra, ainda fez a subespecialização nos cuidados com recém-nascido os quais podem ter patologias graves não diagnosticadas antes do parto em diversos casos. A ação rápida é fundamental em muitos casos. Portanto, acredito que o neonatologista é um profissional fundamental na assistência ao parto. Ler <a href="http://d-click.sprs.com.br/u/13839/193/2784/88_0/21146/?url=http%3A%2F%2Fwww.sbp.com.br%2Fpdfs%2FPRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf%3Futm_source%3Dphplist85%26utm_medium%3Demail%26utm_content%3DHTML%26utm_campaign%3DConsulta%2Bp%25C3%25BAblica%2Bat%25C3%25A9%2B13%252F05%253A%2BCuidado%2Bao%2BR%25C3%25A9cem-Nascido%2Bna%2BSala%2Bde%2BParto">http://d-click.sprs.com.br/u/13839/193/2784/88_0/21146/?url=http%3A%2F%2Fwww.sbp.com.br%2Fpdfs%2FPRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf%3Futm_source%3Dphplist85%26utm_medium%3Demail%26utm_content%3DHTML%26utm_campaign%3DConsulta%2Bp%25C3%25BAblica%2Bat%25C3%25A9%2B13%252F05%253A%2BCuidado%2Bao%2BR%25C3%25A9cem-Nascido%2Bna%2BSala%2Bde%2BParto</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Há evidência científica que contraria a recomendação do documento, que, portanto, precisa ser reavaliado e readequado. Leia abaixo: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).</p> <p>2ª: A recomendação do documento não considerou a evidência científica abaixo, e por isso necessita ser modificada. Leia abaixo: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em todo parto existe risco da necessidade de reanimação neonatal, e o atraso no início, ou reanimação realizada por profissional não treinado para tal situação causa piora no prognóstico ou óbito do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A exclusão da obrigatoriedade do pediatra na sala de parto é um retrocesso. Está comprovado que ocorrem complicações em operações cesarianas, em incidências maiores que no parto vaginal. O estabelecimento de boa oxigenação no primeiro minuto de vida é fundamental na determinação de comorbidades. O pediatra é o profissional mais habilitado para assistir ao RN na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista presenço diariamente a necessidade de reanimação em cesareas a termo sem outro fator de risco. Sabemos que um bom profissional é crucial em um momento tão delicado que é a transição vida uterina a extrauterina. Os estudos tem pouca força de evidencia pra nao ter pediatra na sala de parto. O risco individual é pior pois nenhum profissional nao medico nao eh capaz por falta de pratica, capacitacao e que necessita de procedimentos que nao competem a outras areas de realizar todos os procedimentos necessarios na reanimação.</p> <p>2ª: arch dis child fetal neonatal ed 2010,95 F326-30 - Operacao cesariana nao urgente aumenta o risco em 42% de reanimação</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho fundamental a participação de neonatologista durante cesareanas, a fim de conferir maior segurança ao recém nascido</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de pediatra na sala de parto, independente do tipo de parto e se há sofrimento fetal ou não é imprescindível, visto que nada garante a vitalidade do RN previamente e a não necessidade de reanimação neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de contribuir com a minha experiência ainda pouca como pediatra que trabalha com recém nascidos. Já vi muitos partos e posso dizer que já tive igualmente muitas surpresas que felizmente foram resolvidas por estar lá um profissional especializado e bem treinado para tal situação. Já evitei de muitas crianças nascerem e ficarem com sequelas pelo resto da vida, pelo simples fato de estar lá para reanima-la corretamente. A presença do neonatologista na sala de Parto é essencial para qualidade do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Pelo programa de reanimação neonatal, sabemos que 1 em cada 10 recém-nascidos necessitará de algum tipo de intervenção médica para nascer. E pelo que vemos em nossas UTIs neonatais é a grande quantidade de anóxia neonatal e aspiração meconial mal atendida nas unidades devido a vários fatores. Por isso, um profissional sem a devida qualificação, com experiência em entubação oro-traqueal, cateterismo umbilical e prescrição de aminas vasoativas.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Todo recém-nascido deve ter seu nascimento assistido por um pediatra. O "Golden minute" não será recuperado nunca em caso de assistência inadequada ao parto.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Profissional de saúde responsável pelo paciente com a doença em pauta.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: No que diz respeito a não necessidade de Pediatra na Sala de parto em cesarea de risco habitual, entendo que tal conduta nao esta baseado nas melhores evidencias científicas Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: As gestantes tem o direito de ter um neonatologista de sua confiança durante parto normal ou cesarean.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Outra	<p>1ª: A medicina não é uma ciência exata. Mesmo em casos como uma cesariana eletiva e sem fatores aumentados de risco, ocorrem complicações e conseqüentemente a necessidade de uma assistência adequada por um profissional adequado. O pediatra na sala de parto foi uma conquista muito grande para a melhora dos índices de morbi-mortalidade dos RN no período do pós parto imediato. Esse é um fato comprovado e agora não podemos retroceder.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: O atendimento ao recém-nascido em sala de parto deve ser realizado por médico pediatra treinado, independentemente de fatores ou situações de risco. A presença de meconio, depressão respiratória e necessidade de reanimação necessita ação imediata e técnica. Esses procedimentos são exclusivamente médicos e o atendimento por profissional não capacitados acarretam maiores riscos de morbimortalidade. Vide protocolos de reanimação da sociedade brasileira de pediatria</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Quero expressar minha indignação, quanto ao direito das crianças, que estão sendo desrespeitados. Muitas vezes um parto aparentemente sem risco, pode evoluir por necessidade de reanimação neonatal. E não acho que esse procedimento deve ser realizado por profissional que não seja pediatra. Isso é um absurdo.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra deve estar em todas as salas de parto. Infelizmente isso não é possível em todos os lugares. Mas era o que deveria estar sendo trabalhado, para buscar a melhor assistência ao recém-nascido. De fato, existe atualização MUNDIAL a cada 5 anos, baseada em EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS que orienta as melhores condutas para o recebimento de um recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo em parturientes ditas de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de práticas inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). A reanimação adequada ao nascimento é uma das oito intervenções estratégicas que visam diminuir a mortalidade infantil em nível mundial. O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20 a 30% as taxas de mortalidade neonatal. Estima-se que, além disso, a utilização das técnicas de reanimação resulte em redução adicional de 5 a 20% nessas taxas, levando à diminuição de até 45% das mortes neonatais por asfixia. Em nosso país, a asfixia perinatal está associada a 20% dos óbitos neonatais precoces, sendo que entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram ao dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênitas. Aproximadamente 10% dos recém-nascidos necessita assistência, por meio de ventilação com pressão positiva, para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos ao nascimento; 1% dos neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca e um em 1000, requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação tenha sido realizada adequadamente.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É essencial a presença de um neonatologista treinado em sala de parto, nas cesáreas para que a qualidade do atendimento possa ser garantida, visto que a cesárea em si já representa um risco para que o RN necessite intervenção.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a presença de profissional capacitado em reanimação neonatal, seja ele pediatra ou outro profissional de saúde é de suma importância para a garantia de um atendimento de qualidade ao recém nascido. Há inúmeros estudos e evidências de que mesmo em gestações de baixo risco, em decorrência do trabalho de parto ou outras alterações da mãe ou RN, pode haver necessidade de manobras de reanimação para garantir a boa vitalidade do bebê. Sabemos que se as manobras forem realizadas de forma adequada e precocemente temos melhores resultados e menos complicações no período neonatal. No decorrer dos anos o comitê de reanimação neonatal vem exaustivamente realizando estudos e aprimorando as técnicas de atendimento do recém nascido afim de garantir a qualidade de vida do paciente e dar a melhor assistência possível nos momentos iniciais e mais importantes da vida da criança.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Para garantir a segurança e adequada assistência ao RN, mesmo o a termo e de baixo risco, é fundamental que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo pediatra, treinado em reanimação neonatal. A literatura científica e 30 anos de experiência profissional atestam esta afirmação.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A assistência à gestante durante o pré-natal deve ser exercida em parceria, de acordo com a classificação de risco, por profissionais médicos, obstetras e por enfermeiros, obedecendo aos protocolos existentes. Os profissionais devem dar conhecimento à gestante dos riscos e benefícios do parto por via vaginal e do parto por operação cesariana, valorizando a analgesia no trabalho de parto e as vantagens do parto humanizado. Mostrar com toda clareza a desmistificação da "dor" e a importância da condução adequada do trabalho de parto, para a parturiente e para seu conceito. Dar ênfase à necessidade do início do pré-natal o quanto mais cedo, melhor e da necessidade do preparativo físico, exercícios direcionados às musculaturas abdominais e pélvicas, importantes no trabalho de parto. Dar destaque ao parto sem dor.</p> <p>2ª: Os participantes da assistência pré-natal precisam transmitir a confiança necessária à gestante para que ela faça a opção pela via vaginal para o nascimento de seu nenê.</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Penso que todas as crianças brasileiras tem o direito ao nascer de ter toda assistência à saúde nos primeiros minutos de vida. Esse cuidado deve ser feito por um pediatra. Caso seja em áreas remotas por outro profissional da área de saúde com o devido treinamento para as manobras de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Assistência adequada por profissional capacitado , casos de cesarea eletiva com necessidade de assistência no golden minute .</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A recomendação atual da Sociedade Brasileira de Pediatria, endossada pelas entidades médicas e científica correlatas à área de atenção à saúde da criança e do recém-nascido, é de que é necessária a presença do PEDIATRA na sala de parto de todos os recém-nascidos, independentemente de idade gestacional e de via de parto ou da classificação do risco do parto, já que isso só interfere AUMENTANDO a necessidade de manobras de reanimação avançada. Após iniciadas as manobras de reanimação, é impossível prever a necessidade de etapas mais complexas de cuidado, razão pela qual o Pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal é profissional mais habilitado a prestar este cuidado imediato e dar seguimento ou encaminhamento aos demais cuidados que serão aplicados ao recém-nascido. Tudo isso está pautado nas melhores evidências científicas, coletadas a partir de estudos nacionais e internacionais, compiladas na forma de Protocolo pela SBP no manual de reanimação neonatal da SBP (traduzido do ILCOR) e no protocolo que segue em anexo. Excepcionalmente, conforme já exposto pela SBP em situações anteriores, na absoluta e intransponível ausência de pediatra, o que ocasionalmente se dá em lugares remotos e áreas desassistidas, e somente nessa situação, seria aceitável que o melhor profissional de saúde treinado em todos os procedimentos da reanimação neonatal prestasse essa assistência (com a ressalva de TODOS OS PROCEDIMENTOS DA REANIMAÇÃO NEONATAL incluiriam a realização de procedimentos invasivos, prescrição de drogas vasoativas e inotrópicas de acentuada morbimortalidade e definição do momento mais apropriado para não iniciar ou suspender a reanimação neonatal em recém-nascidos inviáveis, correspondendo a atoa essencialmente médicos, não se podendo esperar para tanto que enfermeiros ou outros profissionais estejam ADEQUADAMENTE TREINADOS para essas práticas sem infringir um risco sobremodo elevado de imperícia ou negligência ao cuidarem de recém-nascidos que necessitem de reanimação avançada).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É imprescindível ter uma pessoa habilitada a recepcionar o bebê em sala de parto. Ele pode nascer precisando de assistência ventilatória mesmo que o parto pareça não haver problemas. A melhor pessoa é um pediatra bem treinado. Na sua falta, que deveria ser raro, outra pessoa médica ou da enfermagem também treinada tomaria seu lugar.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não existe nenhuma evidência científica que suporte o fato de que o recém nascido não seja atendimento por pediatra em sala de parto. Inclusive, senão houver pediatra a disposição o obstetra ,anestesista e o diretor clínico serão responsabilizados caso ocorram intercorrencias. Se o ministério da saúde estimular enfermeiros à assumirem está responsabilidade , o COREN não vai apoiar. O pacientes devem saber que o direito de ser atendido por um pediatra lhes está sendo suprimido,.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deixar de ser obrigatória a presença de pediatra ou neonatologista caoacitados em assistência ao RN é um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É de extrema importância a presença de profissional Pediatra em TODOS os nascimentos, ainda que de baixo risco, pois com frequência mesmo nestes há complicações, particularmente eventos asfíxicos, fazendo toda a diferença o profissional qualificado na minimização do risco de lesão neurológica permanente.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Desejo reforçar que estou de pleno acordo com o posicionamento da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre a assistência de pediatra na sala de parto conforme o link em acesso:<a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf?utm_source=phplist85&amp;utm_medium=email&amp;utm_content=HTML&amp;utm_campaign=Consulta+pública+até+13%2F05%3A+Cuidado+ao+Recem-Nascido+na+Sala+de+Parto">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf?utm_source=phplist85&amp;utm_medium=email&amp;utm_content=HTML&amp;utm_campaign=Consulta+pública+até+13%2F05%3A+Cuidado+ao+Recem-Nascido+na+Sala+de+Parto</a></p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sabemos que apesar de estarmos vivendo uma redução da mortalidade infantil no Brasil , ainda não conseguimos reduzir a taxa de mortalidade neonatal . Portanto discordo plenamente da ausência de pediatra especializado em reanimação neonatal em qualquer nascimento , visto que qualquer recém nascido pode necessitar de manobras de reanimação independente do tipo de nascimento. Não devemos fechar os olhos para as evidências do ILCOR!<a href="http://ilcor.uniweb.be/data/13_CoSTR_2005_Part7.pdf">http://ilcor.uniweb.be/data/13_CoSTR_2005_Part7.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Outra	<p>1ª: Em 13 anos fazendo salas de parto inúmeras vezes já vi ocorrerem alterações mesmo em salas de parto de recém nascidos a termo e aparentemente sem fatores de risco, seja por parto normal ou por parto cesáreo. E como já é de conhecimento O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6ª minuto após o nascimento. Sou contra a medicina pobre para pobres.</p> <p>2ª: -</p>	
08/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manifesto minha posição totalmente favorável a necessidade absoluta de pediatra capacitado em reanimação neonatal em qualquer tipo de parto, visto que situações de urgência podem ocorrer independente do risco presumido na gestação. Reforço ainda a evidência científica da importância da assistência adequada desde o primeiro minuto de vida do RN, considerado por esse motivo "minuto de ouro" no prognóstico dos nascituros.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A) Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana) Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Resposta : Sim B) Precisa ser o pediatra? Resposta: Sim, preferencialmente o pediatra, posto que o nascimento não envolve apenas os passos da reanimação neonatal, mas toda uma assistência, voltada para o recém-nascido como um todo, com tomada de decisões técnicas e éticas, para as quais o pediatra é o profissional mais adquadamente formado. Apenas excepcionalmente, em serviços que não disponha deste profissional, outro profissional de saúde habilitado em reanimação neonatal, poderá assumir a condução da assistência ao recém-nascido. C) Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente? Resposta: Sim, anestesia geral tem maiores riscos de hipotermia e hipotensão para o recém-nascido, exigindo diagnóstico rápido e a pronta instituição de medidas terapêuticas, para as quais o pediatra é o profissional mais adquadamente preparado para tal abordagem. Algum cuidado especial em termos de proteção térmica ao recém-nascido através da operação cesariana? Resposta: Sim, procurar manter a sala acima de 26 graus, envolvendo recém-nascido em campos secos, aquecidos, a colocação de touca para aquecimento do polo cefálico. D) Contato pele a pele precoce deve ser instituído? Resposta: Sim, com adequação dos campos estéreis e acesso ao tórax e abdômem superior materno. E) Na operação cesariana o clameamento de cordão deve ser precoce ou oportuno (i.e. após dois minutos de nascimento ou parada de pulsação do cordão)? F) Resposta: oportuno, exceto em casos que exijam abordagem médica imediata. G) Nas operações cesarianas, suporte adicional deve ser garantido a fim de que a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível (isto é, imediatamente após o parto ou dentro da primeira hora)? Resposta : Sim, a amamentação precoce possa ser iniciada tão logo possível, ainda em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30. Lembrando que a intubação traqueal é procedimento de alta complexidade e por vezes difícil execução, sendo facultado apenas aos médicos e que a não realização da mesma durante o atendimento configura-se como imperícia no atendimento ao recém nascido. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Ressalta-se ainda que pacientes sobreviventes à anóxia grave (prevenível com o adequado atendimento imediato) carrega consigo elevada carga social, familiar, desestabilizando toda a estrutura afetiva envolvida. Além do aumento exorbitante nos custos deste atendimento ao estado e aos cuidadores, que envolvem desde internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva imediata (cujo custo da diária supera em muitas vezes o valor do plantão pago ao especialista), assim como diversas terapias paliativas e ocupacionais, reinternações frequentes, uso de medicações diversas continuamente e, em especial, a retirada do cuidador do mercado de trabalho devido à necessidade de dedicação exclusiva aos cuidados especiais envolvidos de um paciente com</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>anoxia crônica. Solicito assim, não a revisão da intenção (capacitar profissionais para regiões de difícil acesso e sem atendimento especializado) e sim a redação, para que não haja equívocos na interpretação, gerando prejuízos irreparáveis ao paciente, à família e ao sistema de saúde com um todo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Tem que ter pediatra em todas as salas de parto, pois não tem como se prevê, qdo um recém nascido vai necessitar de reanimação neonatais, e só o pediatra é capacitado pra fazer isso de forma correta salvando várias vidas e anulando sequelas de uma reanimação mal feita.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém nascido deve ser realizada pelo profissional mais capacitado disponível no momento, independente da via de parto , pois sabemos que em 10% dos nascimentos existe a necessidade de alguma intervenção médica na transição cardiorespiratoria do recém nascido. Isto está descrito nas diretrizes internacionais do ILCOR , adotados no Brasil pela SBP através do Programa de Reanimação Neonatal. Toda literatura disponível no site da própria SBP.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com a proposição de retirada do pediatra na assistência ao RN na sala de parto, em QUALQUER circunstância, pois não devemos retroceder em processos que envolvem a vida de pessoas.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Que os profissionais tomem consciência de que o parto cesariano é extremamente importante, porém caro para o sistema de saúde e para as vidas da mãe e do filho quando aplicada de forma desnecessária. Por isso deve ser reservada rigorosamente para os casos de inviabilidade do parto normal. Que todos os obstetras ao avaliar uma gestante em trabalho de parto sejam criteriosos e utilizem a ferramenta mais antiga e muito eficaz, o exame clínico e obstétrico A MANOBRA DE LEOPOLD para identificar as relações útero fetais e não fazer uma cesariana porque não auscultou o BCF no QSD quando o feto estava em apresentação cefálica.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: CONTRIBUIR PARA A MELHORIA DA SAÚDE MATERNA-INFANTIL DO BRASIL</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Na pag 62, onde se questiona a necessidade de pediatra na sala de parto. Considero um retrocesso a possibilidade de se cogitar a presença do pediatra na sala de parto mesmo que cesareana, pois mesmo que o feto não tenha fatores de risco, intercorrências acontecem, além de que toda a orientação de como conduzir o RN nos primeiros minutos de vida é do pediatra, fora o exame físico completo, que já começa a ser feito na sala, o adequado uso da nota de Apgar para avaliar riscos imediatos é feito pelo pediatra entre muitas outras coisas.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra já presenciei muitas urgências na sala de parto em procedimento cesariano sem fator de risco. O pre natal sugere o risco mas na hora da cesárea ou parto podem ocorrer muitas alterações sendo imprescindível o pediatra na sala de parto. Só faço uma pergunta , quem levaria sua esposa para sala de parto sem um pediatra?</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Eu como pediatra neonatologista vejo a necessidade de reanimação neonatal até em partos de baixo risco, e a demora ou ate mesmo a realização de manobras inadequadas leva ao aumento da morbimortalidade neonatal. Secar um bebê realmente qualquer um seca, mas realizar o correto atendimento e no tempo ideal, somente nos que estudamos e nos aprimoramos cada vez mais para isso. Estudamos em média 10 anos para sermos capazes de realizar tais manobras. Nós como médicos temos que nos aprimorar continuamente, tanto científico quanto tecnicamente para podermos dar aos nossos pacientes o melhor e mais correto atendimento que eles necessitam naquele momento. Uma sala de parto mal assistida leva a um aumento da morbimortalidade neonatal e suas consequencias, como por exemplo, uma sequela neurológica que envolve toda a família, toda a sociedade... Aumentando os gastos para o Governo... A presença de um profissional de saúde capacitado na sala de parto é garantido pela Portaria do MS. Nao precisamos regredir de tal forma que prejudique as nossas crianças, que são o futuro do nosso país.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do pediatra com treinamento adequado em reanimação neonatal é fundamental em todo nascimento. Não se pode prever com certeza qual recém nascido necessitará de manobras de reanimação, mesmo em partos a termo e sem fatores de risco. Com frequência temos RNs com depressão respiratória em sala de parto sem causa aparente. Não ter o pediatra capacitado na sala de parto é uma volta ao passado, um retrocesso a uma época em que o recém nascido ficava à mercê da sorte para não ter sequelas neurológicas. Caso essa medida seja aprovada preparemos nossas UTIs neonatais para receber os bebês asfisiados e nossa já combalida saúde pública para prestar assistência às inúmeras crianças e famílias que sofreram com a paralisia cerebral.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, o melhor suporte ao recém-nascido é a presença de profissional de saúde treinado e habilitado para todos os eventuais procedimentos necessários, o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: É absolutamente equivocado afirmar que "não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante." Em minha prática profissional, atuando há cerca de 20 anos em hospital escola, inúmeras foram as situações em que um evento inesperado final ocorreu e que a presença de um pediatra foi fundamental para evitar um evento adverso ao recém-nascido que aumentasse soeu risco de morte ou sequela neurológica. A não obrigatoriedade do pediatra na sala de parto, mais uma vez vai penalizar a população desfavorecida economicamente, uma vez que entre os mais favorecidos é vigente a percepção da importância do pediatra na sala de parto (e os mesmos disporão de meios para que este profissional esteja presente).Considero que este item é um retrocesso pois a necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.Há fartas evidências na literatura de que é fundamental a presença de um pediatra adequadamente treinado na sala de parto e de que este em todas as circunstâncias é fundamental para evitar desfechos neonatos trágicos, decorrentes da falta de assistência ou de assistência inadequada em pleno século XXI.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto, qualquer tipo de parto, mas especialmente no parto cesareano, é essencial. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Carta da Sociedade Brasileira de Pediatria.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é figura altamente necessária em todos os partos normais ou cesarianas, pois não podemos prever a ocasião que teremos de agir com precisão para evitar danos futuros. Ninguém pode afirmar que um parto aparentemente sem riscos não pode evoluir mal. Não podemos voltar atrás em atos que estão melhorando a qualidade de vida das nossas crianças.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessária a presença de pediatra capacitado em reanimação neonatal em todos os atendimentos de sala de parto, mesmo que não tenha qualquer risco para o bebê ou a gestante. Não apenas na prática diária, como em artigos sobre o assunto, vemos a importância do atendimento imediato ao recém-nascido (golden minute). Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria que todos os profissionais da saúde seja pública ou privada sigam as diretrizes</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toda criança tem o direito de ter seu pediatra</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Como profissional atuante em Neonatologia e atendimento a RN na sala de parto, acho um absurdo não ter disponível um pediatra presente a todos os atendimentos de sala de parto. Muitas vezes em cesáreas eletivas o RN pode necessitar de atendimento emergencial, que só pode ser feito pelo pediatra adequadamente treinado. As diretrizes da SBP e Academia Americana de Pediatria orientam que um profissional capacitado para iniciar os passos de reanimação deve estar presente, até o Pediatra chegar. Ou seja, não podemos deixar de oferecer o procedimento adequado. Certamente está mudança, se ocorresse, aumentaria a taxa de mortalidade infantil do nosso país.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou neonatologista e acho inadmissível um nascimento sem a presença de um pediatra capacitado para reanimação neonatal. Algumas situações são imprevisíveis e extremamente graves. Qualquer atraso no atendimento significa sequela ou óbito para o rn. Todas as gestantes e todos os rns tem direito ao melhor atendimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Além do mais a reanimação pode envolver mesmo em bebês de baixo risco, o uso de drogas e procedimentos mais invasivos como entubação orotraqueal e cateterismo umbilical, procedimentos que somente o médico treinado pode realizar; bem como a realização de diagnóstico de desconforto adaptativo, taquipnéia transitória, síndrome de pulmão úmido, que ocorrem mais comumente em bebês nascido de parto cesariana, mas também ocorrem em bebês nascidos de parto vaginal prolongado mesmo sem indícios de sofrimento fetal.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em vez de melhorar a assistência essa medida dá um passo atrás. Tirando da mulher e principalmente da criança a segurança de um pediatra para assistência se algo não Ocorrer dentro do esperado na sala de parto. Minutos de ouro!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A SOCIEDADE DE PEDIATRIA RECOMENDA QUE a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Portaria MS/MG 569 de 01/06/2000</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O pediatra é fundamental na sala de parto e deve estar incluído na equipe de assistência a gestante</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os primeiros minutos da vida da criança são essenciais para o seu desenvolvimento. Arriscar não ter a assistência pediátrica neste momento é arriscar a vida, autonomia da criança e o sonho de uma família. Não há explicação lógica para que a criança fique desassistida neste momento crucial de sua vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com a diretriz proposta. Mesmo em partos de baixo risco, a termo, existe o risco do bebê necessitar de manobras de ressuscitação após o nascimento. Nenhuma cirurgia está isenta de riscos, nem mesmo uma cesareana que pode se complicar e levar o bebê a sofrimento e complicações pós parto. A falta de assistência adequada por profissional bem treinado e capacitado leva ao aumento da mortalidade e morbidade neonatal. Além do fato de uma mãe perder seu único filho por falta de assistência, os bebês que não forem adequadamente assistidos podem evoluir para paralisia cerebral, retardo de desenvolvimento e onerar ainda mais o sistema de saúde com serviço médico especializado, aposentadorias por invalidez e várias internações decorrentes da doença neurológica. Fora isso, é comum os bebês nascidos de cesareana evoluírem com desconforto respiratório decorrente da não passagem pelo canal de parto onde os líquidos pulmonares são expelidos. Essa doença é comum e relevante, a Taquipnéia transitória do Recém Nascido ou "Pulmões Úmidos". Esse bebê irá precisar logo após o parto de assistência respiratória por cerca de 24 a 72 horas e somente o Pediatra poderá identificar essa entidade e dar conduta e assistência adequada a esse recém nascido! Portanto, acho indispensável a presença do Pediatra habilitado em Reanimação Neonatal em TODAS salas de parto, seja ela de baixo ou alto risco, cesareana ou Parto vaginal, uma vez que TODO cidadão tem direito a assistência de saúde completa e de qualidade. Pensem se fosse o seu filho que estivesse nascendo... Você iria querer correr o risco de ter um filho morto ou com sequelas neurológicas pelo resto da vida porque quis economizar na hora do parto e escolheu não ter o Pediatra em sala de parto? Eu não gostaria e tenho certeza que ninguém iria querer se soubesse dos reais riscos! É sim verdade que a grande maioria dos bebês nasceu e nasce sem ajuda do Pediatra, e mesmo de Obstetras. Porém aqueles que necessitam de auxílio ao nascer, não podem ser punidos pela maioria dos bebês que não precisam de assistência. Essa é minha opinião como médica Pediatra e Neonatologista que já precisou ajudar muitos bebês a virem a este mundo!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é o profissional treinado pra receber a criança ao nascimento. Intercorências ocorrem com os partos aparentemente normais que geram consequências para toda a vida. O custo de uma criança sem oxigenação para o SUS é muito maior do que a permanência de pediatra em sala de parto; Além dos transtornos familiares e a toda sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Como médico especialista em pediatria e em área de atuação em neonatologia me posiciono contrário a diretriz de não considerar presença de pediatra em atendimento de recém-nascido para toda e qualquer cesaria.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fundamental pra saúde do recém-nascido os procedimentos de sala do parto feito por pediatra capacitado</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Num parto normal ou cesariana tudo pode acontecer, mesmo numa gestação de baixo risco. Não sabemos como o RN vai nascer e caso o apgar seja baixo e o bebe precise de reanimação, o primeiro minuto é fundamental para a recuperação e prognóstico do mesmo. Um pediatra qualificado e q saiba reanimação neonatal é de extrema importância para que a gente consiga dar melhor atendimento e qualidade para o RN. Com riscos menores de sequela. Acho um absurdo a não participação de um pediatra especializado na sala de parto! Fica aqui minha indignação!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nao Concordo q o pediatra nao seja necessario em sala de parto Sua presenca e acatada pela sbp</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A recomendação de retirar o pediatra da sala de parto em gestações de baixo risco não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra em uma maternidade da prefeitura que preconiza o parto humanizado, e as cesarias não são procedimentos de rotina. Apesar de ser um serviço de baixo risco, semanalmente temos recém nascidos que necessitam cuidados intensivos no seu " minuto de ouro" . Para que o atendimento materno-fetal continue sendo feito de maneira adequada, minimizando seqüelas futuras pra esse Rn,é de extrema importância a presença do pediatra na sala de parto, independente da via de parto. A ausência dele seria um retrocesso na humanização do atendimento as famílias brasileiras.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra é fundamental na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo, entretanto, é irresponsável e inadmissível que o recém-nascido não receba o melhor atendimento possível onde há condições de oferecer cuidado neonatal realizado por um pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto independente do estado da gestação</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Todo RN deve ter o direito de nascer com a melhor assistência possível. É importante a presença de um pediatra capacitado para a realização de todas as etapas da reanimação neonatal caso sejam necessárias. Mesmo uma criança que nasce de uma gestação de baixo risco pode apresentar dificuldades ao nascer e a demora ou a não realização dos procedimentos necessários aumenta a morbi-mortalidade. No Brasil, dados de 2010 do DataSUS, mostram que a asfixia perinatal é responsável por um número significativo de óbitos neonatais precoces. A presença de um pediatra na sala de parto é uma das medidas essenciais para diminuir esta mortalidade.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência ao recém nascido tem que ser imediata. Nunca sabemos como nascerá um recém nascido a conduta diante de qualquer alteração para evitar qualquer complicação, óbito ou seqüela somente um pediatra habilitado em atendimento sala de parto está apto para realizar</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Ao recém-nascido deve ser ofertada a melhor assistência no momento do nascimento. Infelizmente não podemos ter certeza que uma gestação a termo sem intercorrências e com o feto com boa vitalidade não apresente intercorrências ao nascimento. Eles podem apresentar dificuldades na transição da vida intra- para a extra-uterina que se não assistidos por profissional médico devidamente capacitado, pode acarretar hipóxia ao recém-nascidos com repercussões a longo prazo, tais como a paralisia cerebral, com enormes custos sociais e financeiros para o paciente, sua família e para o Estado. Assim, em todo o nascimento deve estar presente o pediatra, capacitado em reanimação neonatal para reanimar o neonato, caso seja necessário. Faz parte de um atendimento humanizado disponibilizar ao bebê, em seu momento nobre, o nascimento, médico qualificado para auxiliá-lo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Durante 15 anos trabalhei como pediatra assistente de sala de parto e vi, inúmeras vezes, partos que eram considerados normais, com bebês de termo, sem nenhum sinal de sofrimento até o último minuto se transformarem em partos complicados e bebês nascendo com depressão cárdio-respiratória importante. Somente o PEDIATRA tem condições de, em 30 segundos, que é o tempo que temos para garantir a ausência de sequelas, reverter o quadro e reanimá-los adequadamente. Absurdo arriscar tantas vidas com a retirada do pediatra da sala de parto. Verdadeiro retrocesso. Estamos cuidando de VIDAS!! Nenhum outro profissional tem tal habilidade quanto o pediatra!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra acho um grande absurdo está discussão sobre não haver necessidade da presença de pediatra na sala de parto, já que qualquer parto, mesmo os a termo é a princípio sem complicação pode evoluir para complicação comprometendo a vida do RN e levando-o a óbito ou deixando sequelas irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo parto com indicação de cesariana pressupõe algum risco materno-fetal, assim sendo, acho imprescindível a presença de um pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É importantíssima a presença de pediatra em sala de parto pois já está provado cientificamente que diminui significativamente a mortalidade e morbidade perinatal. Seria um retrocesso retirar o pediatra de sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Faço cumprir meu dever de cidadão em pedir para que sejam seguidas as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria que objetiva somente a saúde das crianças e das mães.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto foi uma grande contribuição para diminuição da natimortalidade e na diminuição de morbidades desses bebês a curto, médio e longo prazo. Uma anóxia mal conduzida na recepção pode comprometer, no mínimo, o cognitivo dessas crianças no futuro. Mesmo uma gestação de baixo risco não exclui o risco do recém-nascido ter algum tipo de anóxia ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. Para isto se faz necessária a presença de pediatra treinado em reanimação em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra capacitado em assistência neto-Natal é imprescindível na sala de parto, independente da condição da gravidez não ser de alto risco</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: No capítulo 5 que versa sobre "Cuidados do recém-nascido", o parágrafo sobre considerações é claro e não recomenda a presença de um pediatra na sala de parto quando se trata de feto a termo, sem complicações conhecidas, baseado na norma inglesa divulgada pela NICE(National Institute for health and care excellence, of the United Kingdom) onde as práticas são completamente diversas daquelas aplicadas no Brasil, onde o cuidado é dado à gestante desde o planejamento de sua gravidez até o primeiro ano de vida de seu filho, num modelo assistencial completamente diferente daquele que se encontra no Brasil e onde os profissionais treinados para o cuidado com a gestante e o recém-nascido são não somente testados mas checados com frequência, de maneira completamente diferente daquilo que se tem nas "normas" técnicas do MS brasileiro, desta forma vejo com muito receio esta determinação apresentada com nível de evidência 3, a partir de estudos descritivos (que não trazem provas científicas nenhuma, apenas descrevem uma situação), que o MS apregoe a não necessidade do profissional médico, treinado para atender o recém-nascido oriundo de um parto cesareana, mesmo que seja sem complicações, pois na eventualidade de uma complicação, este profissional adequadamente treinado de que fala a norma pode não ser o mais indicado caso haja a necessidade de executar procedimentos pertinentes ao rol dos procedimentos exclusivamente médicos, como por exemplo a entubação orotraqueal, para citar somente um.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou absolutamente contra essa proposta, que coloca em risco a sobrevivência e a qualidade de vida dos bebês à termo, nascidos de cesária, pq mesmo de baixo risco, não há garantia que não irão necessitar de manobras de reanimação neonatal realizada por pediatra competente e treinado para isso .</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em qualquer nascimento é indispensável, pois a solicitação do mesmo depois da ocorrência de alguma anormalidade poderá acarretar em prejuízo ao Rn trazendo sequelas para o resto da vida. O autor desta proposta deve ter tido um Apgar baixo que já trouxe prejuízos à um raciocínio normal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É inadmissível a ausência de pediatra na sala de parto. Em 10% de todas as salas de parto o RN precisa de alguma ajuda para respirar e em 1% muita ajuda.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30)O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de PEDIATRA NA SALA DE PARTO, tanto cesário como vaginal, é uma imposição, independente de qualquer situação da gestação, pois tanto filho como a sua Mãe necessitam principalmente de orientação e apoio, causa principal, no meu ponto de vista, de desmame precoce.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: conforme documento encaminhado pela SBP a esta entidade está claro o risco a que estarão expostas todas as criança, caso aconteça aquilo que se propõe nesta consulta.. Que absurdo!! Por que o nosso governo quer retroceder e retirar os profissionais adequados trocando-os por outros a quem ã se destina tal exercício!??</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014), portanto a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: CONSIDERO NECESSÁRIA A PARTICIPAÇÃO DE PROFISSIONAL PREPARADO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO, TAMBÉM EM PARTOS CESÁREOS À TERMO, MESMO SEM SOFRIMENTO FETAL PREVIAMENTE DETECTADO, INDEPENDENTE DE TIPO DE ANESTESIA À PARTURIENTE; COMO ATÉ O MOMENTO, PARTICIPAM MAIS DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO, PEDIATRAS E NEONATOLOGISTAS, SÃO ELES OS PROFISSIONAIS MAIS QUALIFICADOS PARA EVENTUAIS INTERVENÇÕES, QUANDO INDICADAS. EXCEÇÕES À REGRA, QUANDO EM CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS, QUANDO OUTROS PROFISSIONAIS NÃO MÉDICOS (EX: ENFERMEIROS) ESTIVEREM MAIS PREPARADOS PARA PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO.</p> <p>2ª: REANIMAÇÃO NEONATAL E PEDIÁTRICA É PRÁTICA NECESSÁRIA TAMBÉM NOS SERVIÇOS DE EMERGENCIA; A RETIRADA DESTA ATRIBUIÇÃO MÉDICA EM SALA DE PARTO PODERÁ REPERCUTIR DESFAVORAVELMENTE NA QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM OUTROS CENÁRIOS ONDE SEJAM NECESSÁRIOS PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO, COM CONSEQUÊNCIAS DRÁSTICAS NOS PACIENTES-ALVO DE TAIS PROCEDIMENTOS.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um erro abissal, totalmente contrário a recomendações internacionais vigentes, que não se conte com a presença de um profissional habilitado para atendimento do recém-nascido, em qualquer sala de parto, mesmo nas consideradas de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatria com experiência em neonatologia</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatria com experiência em neonatologia</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana)Preocupa-me a recomendação de profissional treinado em reanimação neonatal somente nos casos de anestesia geral materna ou evidência de sofrimento fetal. O guideline internacional para atendimento neonatal ao nascimento, recomenda que, na ausência de risco faz-se necessária a presença de profissional treinado em completa reanimação, incluindo entubação traqueal e administração de medicamentos e, na presença de risco, um profissional adicional deve estar presente. Sabe-se ainda que o atraso nos passos para a reanimação está associado ao pior prognóstico infantil.Como pediatra e professora de neonatologia, atuando em sala de parto há mais de 20 anos, presenciei inúmeras situações em que a reanimação neonatal foi necessária (incluindo massagem cardíaca e uso de medicação) em partos tanto vaginais quanto cesáreos sem anestesia geral materna, em que nenhuma anormalidade havia sido identificada até o momento do nascimento.Solicito revisão desta recomendação, inclusive com discussões com entidades comprometidas em ensino e assistência à criança brasileira.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O Pediatra é essencial na sala de parto porque o golden minute e a possível necessidade de intubação por profissional habilitado (Pediatra) diminui as chances de asfixias que levam a encefalopatias graves.Pediatra na sala de parto sempre!!!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Como pediatra, neonatologista fico assombrado com a proposta exposta pois trabalhamos com profissionais obstetras que orientam suas pacientes a cesarianas com falhas de idade gestacional, risco de prematuridade limítrofe e risco respiratório e metabólico. Prefero o parto normal mas tenho que seguir a via de parto que o obstetra determina. É só quem trabalha em sala de parto sabe quantas situações fogem ao RN a termo, Apgar 8, 9, 10 e que tudo estava programado para dar certo.O Brasil é muito grande e muitas áreas não possuem médicos ou profissionais preparados.Mas devemos ter cuidado com as generalizações que são funestas e nivelam ações pelo mínimo e não pelo que seria ideal é responsável. O Ministério da Saúde vai investir em treinar enfermeiros, doulas, práticos e desmerecer profissionais que fazem desses cuidados sua meta de existência profissional, com formação profissional universitária, residências medicas, doutorados?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: AOMINISTÉRIO DA SAÚDE Informo que o PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, É UM PROGRAMA SÉRIO, E SE BASEIA NAS MELHORES EVIDÊNCIAS A NÍVEL MUNDIAL, que são as diretrizes publicadas pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que inclui especialistas dos cinco continentes, E TEMOS ORGULHO DE TER REPRESENTANTES BRASILEIROS, que são: Dra. Maria Fernanda Branco de Almeida e Dra. Ruth Guinsburg, que tão bem conduzem este EXCELENTE PROGRAMA, QUE É O DE REANIMAÇÃO NEONATAL. Tais especialistas, após processo de revisão baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, elaboram a cada cinco anos consensos sobre a ciência e recomendações terapêuticas referentes a diversos aspectos da reanimação neonatal. Cada país, a partir do documento do ILCOR, adapta as condutas às suas necessidades e especificidades. E, é nesse contexto, que o texto do PRN foi construído com base nas recomendações do ILCOR e nas condutas adotadas pelo Neonatal Resuscitation Program da Academia Americana e Associação Americana de Cardiologia. PELO EXPOSTO ACIMA, A INSTÂNCIA MAIOR DA PEDIATRIA BRASILEIRA NA ASSISTÊNCIA A SALA DE PARTO, É O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN). E, SENDO ASSIM, TENHO CERTEZA QUE TODOS NÓS, PEDIATRAS E NEONATOLOGISTAS, QUEREMOS QUE QUALQUER ORIENTAÇÃO OU MUDANÇA NO CUIDADO COM O RECÉM NASCIDO, TENHA A CONCORDÂNCIA DO PRN. Informo ainda, que segundo o PRN, em nosso país, entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram ao dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênicas(4) . O parto cesárea, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, também eleva o risco de que a ventilação ao nascer seja indicada. Estima-se que, no país a cada ano, 300.000 crianças necessitem ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 prematuros de baixo peso precisem de assistência ventilatória na sala de parto. Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado e estar disponível, em local de fácil acesso, antes do nascimento. O ponto crítico para o sucesso da reanimação neonatal é a ventilação pulmonar adequada. Esta precisa ser indicada nos primeiros 60 segundos de vida, "THE GOLDEN MINUTE" O NEONATOLOGISTA É O PROFISSIONAL MÉDICO TREINADO PARA ATENDER RN. E, JAMAIS DEVERIA SER EXCLUÍDO NUM MOMENTO TÃO IMPORTANTE DESTE RN, QUE É O SEU NASCIMENTO. LEMBRO AINDA QUE UMA DAS PATOLOGIAS MAIS SÉRIAS QUE O SER HUMANO PODE SER ACOMETIDO, É A ASFIXIA PERINATAL, E POR ISTO, CADA MINUTO PERDIDO PODERÁ TER SÉRIAS CONSEQUÊNCIAS POR TODA VIDA. Atenciosamente, Rosangela Barboza Farias, CRM:7905</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurda essa proposta!!! Como se retirar um profissional como o pediatra da sala de parto??? Quem fez essa proposta não tem noção da quantidade de vidas que já foram salvas por um profissional como um pediatra, em uma sala de parto! Descaso total com a saúde pública!!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A assistência ao recém nascido em sala de parto e um direito constitucional direito a vida com saúde salvo a todo ato de exclusão e discriminação. Artigo 227. O Estatuto da criança e do adolescente esclarece toda este artigo. O.pediatra e o profissional capacitado para agir em situações de qualquer natureza leve a gravíssimo. Somos contrários à estas recomendações que o Ministério tenta impor neste grave momento... De saúde precária da população. Saúde e direito de todos rico ou pobre. Particular ou pelo Sus. Não existe cabimento manter esta decisão. Qualquer perda de segundo de uma intervenção necessária no momento do nascimento por pediatra poderá fatal para o bebê... Ou poderá Deixa_lo eternamente sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Em relação à recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	1ª: A presença do pediatra na sala de parto é essencial. 2ª: -	
09/05/2015	Outra	1ª: Absurda a orientacao de nao obrigatoriedade do Pediatra em sala de parto. Caso o RN de boa evolucao nao nasca bem, teremos perdido o minuto de ouro da reanimacao. Completo absurdo. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria) entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toda criança recém nascida tem o direito de receber atendimento por um pediatra ao nascer. Complicações podem ser imprevisíveis e o atendimento rápido e qualificado é essencial.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Gostaria de saber e nos casos em que a principio nao haveria necessidade de entubação, mas que logo apos o nascimento há essa necessidade quem o fará se essa é uma prerrogativa do médico?No meio da reanimação sairao para chamar o pediatra?Em casos de sequelas devido uma atencao inadequada quem será responsabilizado pelo fato? Quem assinará o atestado de obito por uma inadequada atencao ao recém nato na sala de parto? O profissional que o atendeu?? Será encaminhado a necropsia? O pediatra nao foi chamado para atender mas sera obrigado a preencher o atestado?SOU TERMINANTEMENTE CONTRA A AUSENCIA DO PEDIATRA EM QUALQUER SALA DE PARTO.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É essencial a presença de um pediatra em salas de parto, mesmo as de baixo risco.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou obstetra e acho essencial a presença de um pediatra na sala de parto mesmo em cesareas de baixo risco.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: É um completo absurdo atribuir a estudos científicos a segurança do nascimento de um Rn, quanto a assistência a sala de parto, a profissionais treinados, inclusive não formados em medicina, pois diante de um paciente criticamente doente, é preciso muito mais que um simples treinamento em reanimação neonatal para poder salvar a vida de um recém nascido. Certas patologias. Não são diagnosticadas durante o pré natal, por exemplo, e abrindo o precedente de ser possível qualquer pessoa treinada fazer o parto, mesmo que não seja sabidamente diagnosticado o sofrimento fetal, poderá não ter nenhum pediatra no hospital, sendo assim quem dará o seguimento do atendimento ? Um enfermeiro? Um médico que não tem a mínima formação para diagnosticar qual o problema ? Caros senhores, é com grande preocupação que sou totalmente contra à assistência ao recém nascido por qualquer profissional não pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Qualquer criança recém-nascida por menor que seja o risco de complicações deveria ser assistida por um profissional médico devido o fato de que se houver uma complicação o profissional de saúde não médico não tem habilitação para indicar medicação (prescrever) e intubar o RN caso seja necessário, sendo um risco grave mesmo que isso aconteça 1 vez em um bilhão de partos. Inclusive baseado nas informações do próprio documento do MS que diz que não há evidências seguras para isso.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém nascido na sala de parto deve ser realizada por um pediatra com especialização em neonatologia. Mesmo na gravidez de baixo risco. É um direito do RN e um dever do Estado garantir qualidade de atendimento a esta população.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Esta resolução vai contra todas as conquistas na melhora ao atendimento do RN na sala de parto, e provavelmente resultará em aumento da taxa de mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do Pediatra na Sala de Parto é fundamental para melhor Assistência ao RN a reanimação neonatal quando necessária precisa ser prestada por Profissional qualificado de forma a proporcionar a criança as melhores chances de sobreviver.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e assisto a salas de parto de baixo risco e não é raro complicações em cesareanas mesmo as programadas onde o recém-nascido necessita de reanimação por uma complicação inesperada na cesareana. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73)</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Venho por meio desta declarar a minha repulsa a não indicação de profissional qualificado no atendimento ao recém nascido em todo e qualquer tipo de parto.Não há como saber antes do bebê nascer em 100% das vezes ,se ele nascerá em boas condições.E é nesse momento q o Pediatra bem treinado faz toda a diferença.Durante anos,estudos foram feitos e comprovaram o quão importante é o minuto de ouro.Um atendimento qualificado é capaz de determinar não só vida e morte,mas também ausência de seqüelas!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O recém nascido, quer ele oriundo de parto vaginal ou cesariana deve ser SEMPRE ASSISTIDO pelo melhor profissional preparado para este fim: o PEDIATRA, profissional este com conhecimentos necessários para atender qualquer intercorrência que venha a surgir antes, durante e depois do parto. Deve haver uma comunicação prévia entre o obstera e o pediatra para que este esteja pronto para proporcionar o melhor atendimento possível - O MINUTO DE OURO - que determina, muitas vezes a qualidade de vida futura dessa (s) criança (s). Quanto à indicação do tipo de parto, o ÚNICO PROFISSIONAL apto à essa decisão é o OBSTETRA. Uma indicação equivocada de parto vaginal ou tardia de uma cesariana pode determinar / comprometer o futuro de uma criança, caso o apgar seja baixo no primeiro minuto e permaneça baixo no quinto minuto.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Privar a gestante e o recém-nascido de uma assistência digna e mínima é um absurdo sem tamanho.O acesso à saúde vai tornando-se cada vez mais difícil.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: ABSURDO A RECOMENDAÇÃO DE NÃO OBRIGATORIEDADE DE PEDIATRA NA SALA DA PARTO DURANTE O PARTO INDEPENDENTE DO RISCO DE ANOXIA PERINATAL - POIS MUITAS VEZES ACONTECE MESMO SEM RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30 - Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo</p> <p>2ª: O atendimento no primeiro minuto é fundamental e não se restringe apenas a reanimação, exige uso de medicações e não apenas reanimação!!! É indispensável a participação do pediatra em todos os casos. Resuscitation 2012;87:869-73 - A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Recém-nascidos de parto cesárea de gestantes hípidas e sem risco obstétrico com alguma frequência necessitam reanimação na sala de parto. Portanto, é recomendável ter um pediatra treinado em reanimação neonatal em todos os partos cesariana, independente de ser de risco ou não.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É inadmissível em pleno 2015, não ter disponível um pediatra treinado em reanimação neonatal para cada sala de parto. Todas as evidências clínicas e científicas já comprovaram sua necessidade e importância para saúde e segurança do recém-nascido e de toda a saúde pública.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra intensivista, muitas vezes mesmo em parto de baixo risco, podem ocorrer intercorrências, onde o Recém nascido necessidade de reanimação, com uso de procedimentos médicos ( entubação, administração de drogas, cateterismo umbilical ) no primeiro minuto de vida. Se procedimentos não são realizadas ou realizados por profissional não habilitado, temos um grande risco de sequelas por asfixia e até obito neonatal. E é necessário um exame físico adequado no recém nascido na sala de parto, para detecção de atresia de esôfago, anus imperfurado, suspeita de cardiopatia....patologias que nem sempre são detectadas no pré-natal!</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou neonatologista e coordenadora de uma UTI Neonatal, atuo nessa área há 17 anos e já presenciei vários casos de cesárea eletiva, aparentemente sem nenhum fator de risco e o recém-nascido nascer deprimido, necessitando de reanimação. Portanto, acho imprescindível a presença do pediatra ou outro profissional treinado nas técnicas de reanimação pronto para dar assistência ao recém-nascido. Assim como a mãe tem um profissional para lhe dar assistência durante todo o parto, o recém-nascido tem o direito de um profissional para lhe dar assistência.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É voltar ao passado. Demorou tanto a obrigar a presença do pediatra em sala de parto e agora abrir mão desta conquista. Que perde com isso é o Rn, a família e o próprio Estado pois será crescente o número de anoxiados , aumentando o custo da saúde e diminuindo o número de pessoas ativas e produtivas. Não sei quem vai ganhar com isso. Por que não oferecer uma saúde de qualidade.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A importância do PEDIATRA na sala de parto é inquestionável !A ausência de um pediatra durante o parto é uma regressão na Medicina .</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: A ausência de médico treinado e plenamente capacitado em reanimação neonatal acarretará um aumento significativo na morbimortalidade neonatal. Sou totalmente a favor das recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, no que diz respeito à Assistência ao RN em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo realizar qualquer procedimento que envolva um recém-nascido sem que haja um médico capacitado em caso de necessidade de procedimentos de reanimação. 10% dos bebês que nascem precisam ser reanimados. Sobretudo em cesáreas, onde o bebê não vivenciou o trabalho de parto e seu pulmão não está pronto para efetuar efetivamente as trocas gasosas consequentes à respiração logo após o nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é muito importante ao trazer maior cuidado ao bebê e maior segurança à mãe e à família.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Proposta absurda que representa um retrocesso nas garantias de qualidade de atendimento aos neonatos e que pode aumentar a chance de sobrevida dos mesmos em condições de intercorrências durante o parto.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas . O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É mandatários é extremamente necessário a presença de pediatra em sala de parto em qualquer situação, seja parto normal ou cesariana ou seja o bebê de termo ou prematuro! Um em cada 10 atendimentos ao bebê na sala de parto necessitam de suporte para iniciar respiração, só um pediatra tem o conhecimento para iniciar tal procedimento</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É muito importante estar sempre presente um neonatologista na sala de parto Nunca temos 100% de certeza q o RN de cesariana eletiva sem complicações irá nascer bem e o não atendimento adequado nesses minutos determinará pela vida inteira problemas de saúde p ele é para sua família. Trabalho há 20 anos e posso dizer q cada parto é uma surpresa. E isso é comprovado tanto na literatura qto na prática do dia a dia. Convido o srs. Q pensam nessa resolução a me acompanhar nas salas de parto de cesariana eletivas e ver o q pode acontecer mmo qdo a cardiocografia está excelente. Estou disposta a discutir sobre o assunto. Obrigada</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O nascimento é um período crítico na vida de qualquer ser. Já é fato bem documentado que mesmo sendo a termo, em parto operatório sem riscos aparentes, há risco considerado do neonato vir a necessitar de procedimentos de reanimação pelo profissional melhor habilitado possível: o pediatra. Negar isso ao recém-nascido é negar o direito pleno à assistência à saúde.</p> <p>2ª: O nascimento é um período crítico da vida, devendo ter o neonato o melhor atendimento possível, com quem foi habilitado para tal: pediatra</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Situações incomparáveis obviamente não podem ser comparadas. Usar como base de evidência artigos científicos sobre parto e cesariana realizados na Europa e Estados Unidos pode não ser a melhor escolha. Sim, eu sei que nossa produção científica é medíocre em comparação a elas, mas quem trabalha nas maternidades sabe que medíocre é a situação da saúde neste país! Sugerir monitorização fetal no SUS? Nas cidades onde conheci as maternidades pelo SUS não encontrei monitores!!! é sorte encontrar detector fetal funcionando!!! é fácil dizer o que os estudos dizem, difícil é cumprir estas recomendações sem o apoio necessário!! Não é necessário pediatra na sala? realmente não precisa, a não ser que seja no nascimento do filho de quem escreveu a recomendação? Parto é imprevisível, os minutos mais importantes da vida de uma pessoa são os primeiros minutos de vida! Pediatra em sala é , ou deveria ser direito de toda criança!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O pediatra é essencial no atendimento ao recém nascido na sala de parto , seja parto normal ou cesárea , mesmo que aparentemente esteja tudo transcorrendo normalmente. Nesta situação , minutos perdidos no atendimento levarão a sequelas irreversíveis e danos neurológicos permanentes para o recém nascido . É um retrocesso privar o recém nato de um atendimento imediato por profissional habilitado , pediatra ou pediatra neonatologista .</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O nascimento é um período crítico na vida de qualquer ser. Já é fato bem documentado que mesmo sendo a termo, em parto operatório sem riscos aparentes, há risco considerado do neonato vir a necessitar de procedimentos de reanimação pelo profissional melhor habilitado possível: o pediatra. Negar isso ao recém-nascido é negar o direito pleno à assistência à saúde.</p> <p>2ª: O nascimento é um período crítico da vida, devendo ter o neonato o melhor atendimento possível, com quem foi habilitado para tal: pediatra</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
09/05/2015	Empresa	<p>1ª: Deve haver pediatra em qualquer sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O Pediatra sempre deve estar presente na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Outra	<p>1ª: O nascimento é o momento mais vulnerável da vida do ser humano. O Pediatra na sala de parto é um direito de todas as mães e todos os RNs e deve continuar sendo dever do estado para os que dependem da assistência do SUS e das empresas de saúde para com os seus usuários. "Profissional" treinado num curso direcionado de poucos dias não substitui um Pediatra (TREINADO POR 6 ANOS NA GRADUAÇÃO E PÓS GRADUADO POR MAIS DOIS ANOS no mínimo) num momento em que a decisão correta decidirá: a vida ou óbito? A saúde ou a morbidade crônica? Não podemos retroceder das garantias indicadas no estatuto da criança e do adolescente</p> <p>CAPÍTULO I - DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE [18] Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência .</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Outra	<p>1ª: Propor a retirada do pediatra da sala de parto, EM QUALQUER PARTO, sob qualquer justificativa, é uma barbaridade inimaginável. É ignorar e desprezar toda a contribuição que o trabalho do neonatologista trouxe e traz para a melhoria da saúde dos recém nascidos e para diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil. Nós pediatras lutaremos para que esse absurdo não se consuma.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é indispensável em qualquer tipo de parto, já que mesmo nos casos de baixo risco a criança pode nascer com depressão respiratória e necessita de atendimento MÉDICO o mais rápido possível. Nenhum outro profissional é habilitado para por exemplo realizar intubação orotraqueal quando necessário. A falta deste profissional em sala de parto, atrasando a adequada assistência ao RN nos primeiros minutos após o nascimento pode trazer sequelas graves. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a presença de pediatra em todos os casos, baseada em evidências científicas e dados estatísticos confiáveis.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É absolutamente imprescindível a presença de um pediatra em sala de parto para a assistência ao recém-nascido. Anestesiista e/ou nenhum outro profissional tem a formação e o preparo técnico adequados para prestar tal assistência.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Desta forma, a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero inadmissível a ausência do pediatra em sala de parto em qualquer parto. Para aquela mãe é o 100% dela. Até que chegue o pediatra se algo der errado vai aumentar as chances de sequela no RN.</p> <p>2ª: -</p>	
09/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Sou totalmente contra a ausência de PEDIATRA capacitado em qualquer sala de parto seja ele previsto como baixo risco ou não. A habilidade na assistência não está apenas no treinamento de um curso, mas no estudo ao longo e após a faculdade de medicina. Não podendo outro profissional da área de saúde responder por uma reanimação neonatal mal feita que leve ao óbito neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
09/05/2015	Sociedade médica	1ª: Absurda essa proposta!!! Como se retirar um profissional como o pediatra da sala de parto??? Quem fez essa proposta não tem noção da quantidade de vidas que já foram salvas por um profissional como um pediatra, em uma sala de parto! Descaso total com a saúde pública!!!! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que cerca de 25% das mortes no período neonatal são devidos a asfixia ao nascimento (simplesmente defini-se asfixia como a incapacidade do recém-nascido respirar ou sustentar a respiração ao nascimento) e que a mortalidade neonatal no Brasil encontra-se ainda na casa dos dois dígitos - inaceitável em qualquer nação desenvolvida - e que o profissional médico, de preferência o pediatra bem formado e treinado, é o profissional mais adequado para intervir nessas estatísticas macabras, não me parece uma política de saúde pública adequada e intelectualmente honesta preterir o médico pediatra na sala de parto em favor de qualquer outro profissional de saúde não-médico ainda mais levando em conta publicações científicas de "baixa qualidade" como as próprias Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana - Abril/215 afirma. Está mais que comprovado pela literatura científica que a reanimação neonatal é um evento que exige não apenas perícia em manobras de reanimação mas acima de tudo bom senso e prudência na hora de decidir por esse ato complexo. Considerando que a assistência pré-natal no Brasil, apesar dos esforços das equipes de profissional de saúde, serem ainda muito aquém do desejado, a presença do pediatra na sala de parto torna-se obrigatória para minimizar quaisquer riscos de má evolução do recém-nascido nas primeiras horas de vida. Lembrando que a reanimação neonatal não envolve apenas a ventilação com máscara-valva-bolsa. As diretrizes mais recentes apontam para o uso criterioso do Oxigênio, evitando iatrogenias ou sequelas. A reanimação neonatal por vezes pode exigir do profissional de saúde intubação orotraqueal, cateterização do coto umbilical para infusão de expansores volumétricos, drogas vasoativas como adrenalina, soluções iônicas como bicarbonato de sódio, gluconato de cálcio, glicose, o que exige conhecimento diagnóstico, treinamento e prática, além dessas intervenções serem exclusivas do médico. Não é possível que uma Governo introduza uma política de contenção de gastos devido a políticas econômicas desastrosas penalizando os brasileiros (pais e filhos) na hora mais importante de suas vidas: o nascimento de uma criança. Sugiro que o governo brasileiro reveja essa política e que se esforce mais por formar bem seus médicos obstetras e pediatras e demais profissionais de saúde, dando-lhes condições, senão ideais, adequadas de trabalho nas unidades básicas de saúde, com orientação, prevenção, exames laboratoriais e de imagem de rotina indispensáveis para o bom acompanhamento de uma gestação, seja ela de baixo ou alto risco. Obrigada</p> <p><a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf</a>  <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf</a>  <a href="http://tabnet.datas.us.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm">http://tabnet.datas.us.gov.br/cgi/idb2012/c0104b.htm</a>  <a href="http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400.full">http://pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400.full</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Responsabilidade por riscos previsíveis. O parto é normal após ter ocorrido. Esta frase objetiva esclarecer que no período expulsivo do parto podem haver complicações previsíveis, com sofrimento fetal agudo e necessidade de atenção habilitada. Nivelar o atendimento do RN, por critérios abaixo do mínimo preconizado, distante das evidências científicas, utilizando uma lógica financeiro utilitarista, caracteriza negligência do ordenador da norma, transformando uma intercorrência clínica em uma responsabilidade objetiva do ESTADO (gestor). Ao médico está vedado atender simultaneamente em duas atividades (parturiente e recém nato), assim permanece a responsabilidade do Estado frente a morbimortalidade do pequeno cidadão brasileiro.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com o fato de não ser obrigatório pediatra na sala de parto. Este é o profissional capacitado para este procedimento e treinado para atuar caso seja necessário. Mesmo nas cesareanas sem risco, há possibilidade do recém-nascido necessitar de reanimação. Então o pediatra é fundamental em todas as salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Empresa	<p>1ª: Cuidados com o RN: Considero de vital importância a presença do Pediatra em Sala de Parto. MUITAS vezes somos surpreendidos em Partos Césareas, de Baixo risco, com o Nascimento de RN necessitando de alguma manobra de reanimação. Como é de conhecimento geral, o "gold minuto" é de vital importância para garantir um bom prognóstico e bom desenvolvimento neurológico do RN, que perdurará com consequências por toda a vida. Se o RN nasce em anoxia, por qualquer causa e não tiver pediatra habilitado em Sala, não há tempo hábil para pedir ajuda sem que isso cause repercussões negativas na vida deste pequeno ser humano.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Contra a proposta atual</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Desejo repudiar a proposta de permitir que as salas de parto sejam realizada por profissionais não médicos, mesmo capacitados. Julgo inclusive que seria de extrema importância que estas fossem atribuída a um pediatra. Sabe-se que 10% de todos os nascidos vivos, necessitam de alguma assistência no momento do parto. É sabido também que algumas mal-formações já são sugeridas desde o parto, e a intervenção adequada nesses casos é crucial para a sobrevivência do RN, como exemplo hérnia diafragmatica. Sendo o médico o único profissional capacitado para realizar diagnóstico de doença, sua presença neste momento é fundamental e insubstituível.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho inadequado prescindir de médico treinado em sala de parto pois o parto é um evento cuja natureza traz surpresas mesmo quando tudo caminha bem. Acho pertinente treinar- e muito- mão de obra de enfermagem ou mesmo parteiras e doulas em regiões onde o profissional médico não exista mas sempre que houver um médico creio que este deve fazer a assistência ao RN.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Entendo que a presença de pediatra na sala de parto é indispensável, principalmente em se tratando de cesarianas, mas não somente, considerando os riscos e necessidade de intervenção, não apenas mecânica, mas também através de drogas, cuja alçada de responsabilidade de indicação (diagnóstico) é de um médico habilitado para tanto. Somente se justificaria sua ausência em caso de impossibilidade e não ao contrário (como uma exceção), como.o texto atual sugere.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O parto não urgente não significa que o bebê vai nascer bem. Ele pode nascer tão deprimido quanto qualquer outro bebê e precisar de reanimação sim, e por isso a presença do pediatra é fundamental. Isso é uma economia porca, tendo-se em vista a consequencia desse bebê, que vai gerar um custo muito maior pra sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra, em especial, o neonatologista é o profissional mais capacitado para assistir o recém-nascido na sala de parto. Embora a presença de qualquer outro profissional da saúde, médico ou enfermeiro, capacitado tecnicamente para reanimar o RN possa fazer a diferença em lugares longínquos, acredito que o pediatra deve ser obrigatório, quando o houver.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é muito importante em sala de parto de baixo risco, pois muitas vezes nos vemos em frente a um parto de baixo risco e o RN necessita de reanimação. Não temos como prever se precisará ou não serem feitas manobras de reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: o melhor profissional é aquele capacitado, ou seja, o pediatra , treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Entendo que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fiz residência de pediatria e no primeiro ano passei 4 meses dos 12 meses do ano em salas de parto classificadas como baixo risco. Frequentemente existiram situações de reanimação inclusive com necessidade de intubação que ocorreram em bebês de mães sem nenhuma complicação na gestação: Clínicas, laboratoriais ou ultrassonográficas. Hoje trabalho na area de gastropediatria, não recebo bebês em lugar algum mas com certeza o dia que for mãe terá um pediatra (com especialização em neonatologia) para pegar meu bebê!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU PEDIATRA E ATUO EM REANIMAÇÃO NEONATAL HÁ 26 ANOS! É INCONCEBÍVEL IMAGINAR QUE O MINISTÉRIO DA SAÚDE POSSA FORMALIZAR A NÃO NECESSIDADE DE ASSISTÊNCIA PEDIÁTRICA! NESSES MUITOS ANOS, NÃO FORAM POUCAS AS VEZES QUE TIVE QUE ATUAR PRONTAMENTE EM PARTOS APARENTEMENTE SEM RISCOS, INCLUSIVE CESAREANAS E SEI DA IMPORTÂNCIA DO ATENDIMENTO RÁPIDO, PRECISO E EFICAZ NESSAS SITUAÇÕES E QUANTO ISSO PODE INFLUENCIAR NA MORTALIDADE E MORBIDADE! RETIRAR O PEDIATRA É UM RETROCESSO, É NÃO PENSAR NA POPULAÇÃO EM GERAL, É TENTAR "TAPAR O SOL COM A PENEIRA", MAIS UMA VEZ. LAMENTÁVEL!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência à saúde do bebê nos primeiros minutos é imprescindível para a sobrevivência à longo e curto prazo. Só um profissional especializado é capaz de prover isso</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em relação à necessidade de pediatra em sala de parto (pg 62) As melhores evidências científicas e histórico de atendimento em maternidades públicas como a do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo demonstram a NECESSIDADE de um pediatra na sala de parto das maternidades no atendimento ao RN evitando episódio de hipoxemia neonatal. Considero como uma das mais importantes ações do pediatra evitar esta dramática situação com graves consequências ao futuro da criança da família e altos custos sociais de uma situação que se pode evitar pela presença do profissional competente na sala de parto</p> <p>2ª: Professor Livre Docente em Pediatria Da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico da UTI neonatal do Instituto da Criança FMUSP</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Isso é um absurdo! Um retrocesso e um menosprezo aos pediatras neonatologistas que tanto contribuíram e contribuem com a diminuição da mortalidade neonatal. Crianças a termo e sem risco podem precisar de reanimação neonatal e os primeiros minutos são fundamentais para a diminuição da mortalidade daquele recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Conforme a minha experiência clínica de 25 anos na neonatologia e conforme o documento de evidências da sociedade brasileira de pediatria sou totalmente contra a ausência do pediatra na sala de parto. Não existe nascimento de baixo risco e todos os recém-nascidos merecem o melhor atendimento neste momento.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: A formação médica engloba um conjunto de conhecimentos básicos que devem ser apreendidos pelo futuro profissional.Receber um recém nato na sala de parto não é um procedimento desvinculado dessa formação,portanto deve ser feito por médicos treinados para tal.Para isso existe a formação posterior à faculdade,em Pediatria.O fato dessa especialidade ser tão desvalorizada e estarmos formando a cada dia menos pediatras,não justifica estabelecermos em um documento público,que ele não é necessário em qualquer tipo de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a colocão de profissionais não médicos na sala de parto! Acredito na necessidade de um PEDIATRA capacitado para tal função, visto a grande quantidade de intercorrências nos período neonatal!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Parto do principio de q toda cesariana e realizada por conta de um risco maior para a mãe e para o conceito,dessa forma é necessario q todo RN de cesariana ou parto vaginal TENHA UM PROFISSIONAL MEDICO treinado e com conhecimento MEDICO, das inumeras possibilidades que podem ocorrer de um nascimento,estimulandoa assistencia, o ensino e a perquisa para podermos recepionar da melhor forma possivel este RN evitando dessa forma aumentar a morbimortalidade neo natal e sequelas varias das quais nos levará a um futuro sombrio.... e não formando apenas tecnicos para a ressuscitação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista formada a 18 anos , por inúmeras vezes em salas de parto consideradas de baixo risco, precisei atuar e reanimar recém nascidos, que teriam sido comprometidos se não dispusessem de pediatra capacitado em reanimação neonatal no seu nascimento. Essas seqüelas poderiam ser irreversíveis ou até mesmo o óbito, se ninguém soubesse prestar atendimento capacitado na sala de parto. Lembrando que alguns procedimentos , como a intubacao somente pediatra capacitado pode realizar com destreza e eficácia.Acho um retrocesso inadmissível.</p> <p>2ª: Mesmo em partos de baixo risco podemos ser surpreendidos por presença de circulares de cordão, presença de meconio, recém nascidos deprimidos ao nascer, que necessitam de reanimação imediata. Procedimento que não pode aguardar o acionamento de um pediatra ou outra pessoa capacitada para realizá-lo, tem que ser imediato!! Por tanto julgo está proposta totalmente equivocada e inadequada. Se não dispomos de pessoas capacitadas em todas as maternidades do Pais, temos que capacitar quem existe e não excluir esse direito de um melhor atendimento a toda uma população. Pagaremos um alto preço se está proposta for aceita.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Em torno de 5 por cent dos partos e cesareanas sem fatores de risco o recém nascido pode precisar cuidados p iniciar respiração e o pediatra é o profissional com melhor treinamento p isto.alem disto é importante o pediatra acompanhar a mae e orientala sobreUm grande numero de assuntos dos primeiros dias.Sugiro uma pesquisa direto c as maes p avalir o que elas pensam.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO O atendimento do recém nascido em sala de parto está alinhado com o programa mundial dos MIL DIAS, OS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA DA CRIANÇA. Qualquer atitude contrária a isso , além de um retrocesso é uma ação de agravo ao ser mais dependente de todos os seres vivos : A CRIANÇA. Faço pediatria com paixão e meu foco é atender a criança e dar a ela o que de melhor há. Ela significa FUTURO . Há 4 passos que decidem a vida da criança: Primeiros Mil dias : Passo 1 - gestação; Passo 2 - assistencia na sala de parto; Passo 3 - Puericultura com foco no leite materno e introdução alimentação complementar; Passo 4 - 15 competencias do pediatra na puericultura que inicia na gestação e segue até o final da adolescência. O Brasil tem condições de ser referencia no respeito e valorização do nosso futuro: A CRIANÇA. Segue em anexo o documento com dados técnicos.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Acho que meu anexo não foi enviado em minha contribuição anterior. Vou refazer ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO COM PEDIATRA É FUNDAMENTAL!!! O atendimento do recém nascido em sala de parto está alinhado com o programa mundial dos MIL DIAS, OS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA DA CRIANÇA. Qualquer atitude contrária a isso , além de um retrocesso é uma ação de agravo ao ser mais dependente de todos os seres vivos : A CRIANÇA. Faço pediatria com paixão e meu foco é atender a criança e dar a ela o que de melhor há. Ela significa FUTURO . Há 4 passos que decidem a vida da criança: Primeiros Mil dias : Passo 1 - gestação; Passo 2 - assistência na sala de parto; Passo 3 - Puericultura com foco no leite materno e introdução alimentação complementar; Passo 4 - 15 competências do pediatra na puericultura que inicia na gestação e segue até o final da adolescência. O Brasil tem condições de ser referência no respeito e valorização do nosso futuro: A CRIANÇA. Segue em anexo o documento com dados técnicos. VOU ANEXAR AQUIII. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO Considerando que:   E) Estudo realizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com busca ativa nas 27 Secretarias de Estado da Saúde dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida em 2005, 2006 e 2007, evidenciou que 15 bebês brasileiros morreram ao dia por causas associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo, com peso ao nascer em média de 3170g e sem malformações.   F) Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente.   G) No Brasil a cada ano, estima-se que 280.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, incluindo cerca de 32.000 prematuros com peso abaixo de 1500g.   H) A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e que a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.   I) O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia.   J) Código de Ética Médica (Capítulo 1, Princípios Fundamentais V) afirma que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente, incluindo-se assim o atendimento de crianças pelo pediatra, que é o profissional treinado para o manejo da prevenção e cura nessa faixa etária.   K) A presença de pediatra na sala de parto é garantida na Portaria MS/GM no 569 de 1/06/2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (anexo II, item 6), e que essa portaria é uma das bases do preâmbulo da Portaria GM/MS no 1459 de 24/06/2011 que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS.   L) A existência de médicos com especialidade em Pediatria para realizar a recepção em todos os nascimentos ocorridos no país. O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. No</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>entanto entende que, nos locais distantes dos grandes centros em que ainda a presença do pediatra não for possível (deve ser prioridade a resolução dessa falta), o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.II. ASSISTÊNCIA AO PREMATURO TARDIO E RECÉM-NASCIDO DE TERMO EM ALOJAMENTO CONJUNTO E APÓS ALTA HOSPITALARConsiderando que:• recém-nascido prematuro tardio (35 e 36 semanas) que recebe alta em 48 horas do alojamento conjunto, especialmente em aleitamento materno exclusivo, apresenta risco duas vezes maior de morbidade até 28 dias em relação ao recém-nascido de termo, com perda de peso maior que 2% ao dia, icterícia com pico do quinto ao sétimo dia, problemas alimentares, desidratação, hipotermia, apneia e infecções, sendo essas as principais causas da reinternação hospitalar nos primeiros10 dias de vida;• recém-nascido a termo precoce (37 e 38 semanas) apresenta maior morbidade do que o recém-nascido de termo de 39 a 41 semanas de idade gestacional;• alta hospitalar da mãe e recém-nascido dentro das primeiras 48 horas pós-parto, denominada precoce, está associada à falha na identificação de problemas cardio-pulmonares, hiperbilirrubinemia grave, cardiopatias congênitas canal dependente, obstruções gastrintestinais, megacolo congênito, entre outros, que podem se tornar aparentes durante os primeiros dias pós-parto e requerem um período de observação mais longo, por profissional qualificado e experiente;• exame físico minucioso do recém-nascido antes da alta hospitalar deve ser feito pelo profissional com maior treinamento para o manejo da prevenção e cura nessa faixa etária;• retorno ambulatorial é obrigatório entre 48 e 72 horas após a alta hospitalar de recém- nascidos assistidos em alojamento conjunto para avaliar as condições de amamentação, hidratação, eliminações, icterícia e outras intercorrências ou possíveis doenças.O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria sustenta que todo recém-nascido deve ter alta hospitalar do alojamento conjunto somente após a avaliação clínica do Pediatra, assim como o acompanhamento pós-alta hospitalar.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O Pediatra é necessario na sala de parti mesmo de cesareas eletivas para reanimar o recen nascido em quase 5% das operacoes. Portanto a Lei nao tem embasamento cientifico.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica e pediatra acho imprescindível ter pediatra em todas as salas de parto independente do risco do parto, pois na prática observamos que mesmo que sejam poucos os que necessitam de reanimação neonatais, a atitude correta de quem se especializou para isso previne sequelas irreparáveis na vida daquela criança.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Sou médica neonatologista e acho um absurdo esta norma. Trabalho em dois hospitais em que se realiza parto diariamente em grande quantidade e mesmo sem risco nenhum, existe recém nascidos que nascem mal e precisam de reanimação. As técnicas em enfermagem não estão capacitadas para fazer este atendimento. Hoje o índice de mortalidade infantil diminuiu e muito justamente porque existe profissionais que estudam anos para se dedicar especificadamente aos recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana).(páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: é inadmissível após tantas evoluções na medicina e tantos feitos que melhoraram o atendimento de RN em sala de parto... o Ministério da Saúde queira que somente em parto cesáreo com anestesia geral seja a ÚNICA INDICAÇÃO DE PEDIATRA EM SALA DE PARTO. Isso deve ser um direito a todos os bebês... terem o atendimento com o profissional MAIS INDICADO PARA ISSO! O PEDIATRA</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra na sala de parto sempre!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retroceder com a conduta que reduziu drasticamente nossos óbitos perinatais, a presença obrigatória de pediatra na sala de parto do recém nascido, justamente porque nossos óbitos perinatais reduziram me parece um grande erro. Algo que fará a nossa população sofrer danos irreparáveis e que culminará em novas tentativas em alguns anos para voltarmos ao patamar atual. Mas não podemos esquecer que isso se dará às custas de vidas e não apenas números!!!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é de fundamental importante já que não é incomum que o paciente mesmo sendo a termo necessite de reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Ao buscar a literatura sobre o tema, fica bastante claro que a assistência ao recém-nascido em sala de parto por profissionais não-pediatras, habilitados em reanimação neonatal ocorre em duas situações: 1- em locais onde existe a impossibilidade do profissional pediatra, como por exemplo, regiões remotas do continente africano; 2- serviços de referência, onde existam locais para partos de baixo risco, porém com equipes de pediatras habilitados para reanimação neonatal avançada, caso necessário, com resposta imediata. Qualquer outro cenário diferente dos acima citados, significará risco para a população, com viés claramente para o barateamento do custo assistencial, em detrimento da qualidade e minimização do risco de sequelas e mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A proposta de tirar o pediatra da assistência ao recém-nascido é infundada e sem base científica. O papel do pediatra é imprescindível para garantir o melhor cuidado na hora do parto. Mesmo em gravidez de baixo risco o recém-nascido pode necessitar de reanimação, como ventilação com pressão positiva ou intubação e até mesmo massagem cardíaca e uso de drogas além de procedimentos como cateterismo umbilical, sendo o pediatra o profissional mais capacitado para isso.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toda criança necessita de assistência pediátrica imediatamente após o parto.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Muitos partos sem riscos, cesária ou normal, tem complicações, necessitando um pediatra treinado em sala de parto para iniciar a reanimação o quanto antes. O primeiro minuto de vida do recém nascido é o mais importante (gold minute), devendo ser nesse mituto o momento de intervenção para evitar a morte os sequelas graves.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A cesariana deve ser tratada como um opção de segurança para mulher e feto, sendo utilizado critérios baseados em evidências científicas, informação adequada e vontade da mulher. Quanto ao cuidado com o RN, é necessário garantir um perfil esperado do profissional capacitado, para que as escolas formadoras possam ter diretrizes para garantir qualidade.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra Neonatologista, atendo salas de parto todos os dias na rede privada onde o pre-Natal é de qualidade e na maioria das vezes a cesaria é de baixo risco. Ja tive que reanimar RN com necessidade de intubacao diversas vezes. Acho que nao garantir a presença de um pediatra em sala de parto é deixar de garantir o direito da criança ao melhor atendimento.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Cmo médica neonatologista e intensivista pediátrica sabemos da importância de pediatra em todos os partos, desde o natural até a cesárea. O momento do parto é totalmente único, cada gestante tem um comportamento, hipertensa, principalmente hipotensão, risco de convulsão, pélvico e o RN deve ter um profissional médico capacitado a atendê-lo. O RN pode nascer saudável ou ter distócia de posição, agravo por drogas maternas ou intercorrência materna e outro profissional não é capacitao para a necessidade de intubação, drogas endovenosas. Em especial as cesáreas eletivas os RN podem nascer com desconforto respiratório, ou como em qualquer parto o RN pode ter alguma patlogia ou síndrome não diagnosticada no pr´-enatal, exemplo maior é o RN cardiopata ou com hérnia diafragmática. Não podemos trabalhar sem o pediatra em sla de parto, não é estatística é uma vida que se inicia. Não podemos desincorporar tecnologia, não podemos retroceder.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a retirada do pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto, mesmo em gestantes com baixo risco e sem sinais de sofrimento fetal é fundamental. 10% dos recém-nascidos necessitam de ajuda para iniciar a respiração imediatamente após o nascimento. A ausência de profissional habilitado em reanimação aumentará as taxas de asfixia perinatal e mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a retirado do Pediatra da sala de parto. Isso representa um retrocesso. Pois mesmo em cesarianas de baixo risco pode acontecer do RN nascer deprimido, e nesses casos é sabido que cada segundo é essencial para uma boa recuperação, e nesse caso é essencial um pediatra capacitado para tal.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: foi umagrande conquista a presença de pediatra na sala de parto diminuindo imensamente as sequelas da asfixia neonatal visto que a intervenção precoce com manobras de reanimação uso de drogas e tratamento imediato e de extrema imporancia ser feito por um profiissional medico capacitado ! seria uma medida criminal contra os bebes esse retrocesso! o governo atual visa o massacre a classe medica com danaos a saúde da população!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Visto a imprevisibilidade do resultado do parto, em relação a vitalidade do recém-nascido, é imprescindível que a equipe esteja completa no momento do nascimento. Isso inclui profissional treinado para iniciar a reanimação imediatamente após o parto. A considerada baixa incidência de pacientes que necessitam de reanimação não fará diferença para aquele que precisar e evoluir para óbito ou morbidade por não ter sido adequadamente e prontamente assistido. Independente de ser parto normal ou cesariana. A ausência de pediatra treinado na sala de parto poderá ter consequências para o resto da vida do pequeno paciente que, a principio, não teria complicações, mas que por coisas comuns como hipotensão materna na cesariana, podem apresentar agudamente algum grau de sofrimento por hipoxia.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: O pediatra deve permanecer na sala de parto!!É um crime contra a vida tirar o direito de crianças saudáveis terem uma vida normal. Cada minuto de vida que se passa de um RN que não recebe o socorro adequado, marca com dor e sofrimento a vida de toda uma família, além de prejuízos na saúde em geral!Pensar em retirar é um retrocesso em nosso país! 2ª: O pediatra deve permanecer na sala de parto	<a href="#">Clique aqui</a>
10/05/2015	Sociedade médica	1ª: Absurdo privar mães e bebês da segurança oferecida pela presença do pediatra na sala de parto. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: PRECISA SER UM PEDIATRA ? Essa pergunta refere-se ao texto “As Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana”, diretrizes essas que foram aprovadas pelo Plenário da CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) no dia 02 de abril de 2015, em sua 34ª Reunião. As acima referidas diretrizes estão, no momento, abertas para consulta pública “a fim de que se considere a visão de toda a sociedade e se possam receber as suas valiosas contribuições”. O convite está na pág. 6 das Diretrizes, cujo texto integral pode ser acessado em: <a href="http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf">http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf</a> Para melhor compreensão da argumentação sobre pontos com os quais não posso concordar, transcrevo alguns textos que considero relevantes e que se encontram no Capítulo 5, págs 62 e 63: “Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra?”... “Dois estudos descritivos avaliaram a necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana comparando com parto vaginal (referências 86 e 87) no texto original. Não houve diferença na necessidade de reanimação neonatal comparando cesariana (1,8%) e parto vaginal (2,7%) considerando a apresentação cefálica e ausência de Sofrimento Fetal Agudo (referência 86)...” O texto resume as evidências da seguinte forma: “Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa.” (SIC) Ainda considera o mesmo texto que: “Seguindo as recomendações do NICE (referência bibliográfica 5) que coincidem com as recomendações da Portaria 371 do Ministério da Saúde do Brasil (referência 89), foi evidenciado que não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral (SIC), a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro é recomendada...” Ao concluir o texto, é feita a seguinte recomendação: “é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal.” Argumentação a respeito desse importante tema, com fundamentação nas Diretrizes para Profissionais de Saúde, sobre Reanimação Neonatal, da Sociedade Brasileira de Pediatria, SBP (2012) Respondendo à pergunta do título em questão: Sim, precisa ser um pediatra treinado, presente em todo o parto, capaz de iniciar de forma adequada e ágil, a reanimação neonatal, considerando-se que os primeiros minutos de vida são extremamente críticos e capazes de definir toda a trajetória de vida da criança que acaba de nascer. Pode ser um profissional de saúde treinado? Pode, porque partos acontecem em qualquer hora e em qualquer lugar. Entende-se que um profissional de saúde deva saber iniciar a reanimação cardiovascular em qualquer faixa etária, qualquer que seja o motivo da parada cardiorrespiratória. Os recém-nascidos têm características peculiares que exigem treinamento e discernimento especializado. A atenção inicia-se na sala de parto e deve continuar na UTI neonatal. Estatísticas ajudam a dimensionar o problema de forma objetiva. De acordo com as diretrizes da SBP, “no Brasil nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, dos quais 98 % em hospital.” Felizmente a grande maioria nasce com vitalidade, no entanto, em algumas situações, inesperadamente, as</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>manobras de reanimação neonatal podem se tornar necessárias e vitais. “Cerca de um em cada 10 nascidos vivos necessita de ventilação positiva logo após o nascimento. Destes, nove melhoram se a ventilação com balão e máscara é feita de maneira adequada. Ao redor de um em cada 100 nascidos vivos requer ventilação por cânula traqueal e/ou massagem cardíaca para sobreviver. Um em cada 1.000 mil nascidos vivos precisa de intubação traqueal acompanhada de massagem cardíaca e medicações durante a reanimação em sala de parto, desde que a ventilação tenha sido realizada corretamente.”</p> <p>“Façamos, então, as contas: se nascem aproximadamente 3 milhões de crianças ao ano, cerca de 3.000 crianças necessitarão de atendimento especializado nos primeiros minutos de vida. Para essas 3.000 crianças, o artigo 227 da Constituição Federal foi igualmente elaborado e promulgado. Elas também tem direito à vida, à saúde e assim por diante.”</p> <p>“Habe ainda ressaltar que as referências bibliográficas utilizadas no texto não se prestam para fundamentar suficientemente as referidas Diretrizes, incluindo-se o fato de serem muito antigas, como por exemplo, a de número 86 é de 1987 e a de número 87 é de 1997. A referência 5 é do NICE : National Institut of Health and Care Excellence, e está relacionada ao Cuidado intraparto: “Cuidados de mulheres saudáveis e seus bebês durante o parto”. Este artigo não pode ser aplicado às Diretrizes propostas pois se refere às situações de saúde e normalidade e não contempla as situações de risco que podem levar à asfixia neonatal. Por fim, note-se com relevo o Capítulo 1º, na página 24, intitulado “Cuidado Centrado na Mulher”. (...) E então, o que será das quase 3.000 mães que tiverem bebês que, ou não sobreviverão ou viverão com sequelas graves, com consequências inclusive de alto custo emocional, social e financeiro, tanto para as respectivas famílias como para a sociedade e seu sistema de saúde? Neste Dia das Mães de 2015, 10 de maio, assino e dato meu argumento para imediata e responsável revisão das Diretrizes, buscando fundamento sólido em Sociedades Científicas de Pediatria, tanto a brasileira, como a americana e a europeia. Dra Hedi Martha Soeder Muraro, pediatra pela Sociedade Brasileira de Pediatria e membro da Sociedade Paranaense de Pediatria. Atuação profissional em Curitiba, PR. CRM nº 7834.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero essencial a presença do neonatologista na sala de parto cesariana, assim como em todo e qualquer sala de parto. Os recém-nascidos precisam de total assistência especializada se assim precisarem.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É um absurdo acreditar que outro profissional possa substituir o pediatra na sala de parto!É um retrocesso.Um país que não cuida de suas crianças nunca terá um futuro!!!Aumentará o número de crianças com sequelas neurológicas, isso é muito mais oneroso ao sistema público de saúde do que manter o pediatra na sala de parto.Essas crianças quando não forem à óbito, necessitam de cuidados de neurologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional. Permanecem internadas por períodos prolongados em UTI.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Destacar que a presença do pediatra (ou médico treinado empresariado neonatal) deve garantido em todos os partos cesarios uma vez que está via está associada a maiores morbidades. Os distúrbios respiratórios e a presença de depressão ao nascimento são mais prevalentes neste grupo. Aqui no nosso estado morrem nos 7 primeiros dias de vida 56 refém nascidos por dia, e de 7 a 28 dias 6 recém-nascidos por dia. A causa mais prevalente são relacionadas a prematuridade (desconforto respiratório neonatal, outros distúrbios respiratórios) seguido de sepse e asfixia. Em relação a asfixia porém 13 recém-nascidos ao dia no Brasil. Então é importante levar em consideração uma outra realidade diferentemente do que ocorre na Inglaterra. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que mesmo frente a situações consideradas de risco habitual ou baixo risco, os melhores estudos demonstram a necessidade de intervenção para estabelecimento ou manutenção da respiração em cerca de 10% de todos os nascimentos, e considerando que os trabalhos usados para referenciar este posicionamento são absurdamente antigos e de baixíssima qualidade, venho solicitar que a orientação que define ser desnecessária a presença de pediatria no atendimento ao recém-nascido de cesareana programada seja integralmente modificada e que seja reafirmada a necessidade de profissional de saúde treinado par este procedimento</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É obrigatória a presença do Pediatra habilitado na sala de parto mesmo em Parto Cesáreo, por ter risco ao RN caso necessite de reanimação Neonatal! O primeiro minuto de vida é o minuto que consideramos o minuto ouro para o atendimento imediato caso o RN necessite! Mesmo na Cesárea eletiva pode haver imprevistos ou Anomalias Congênitas não diagnosticadas intra útero! É de suma importância um profissional habilitado na sala de parto independente do tipo de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto, em qualquer tipo de parto, seja normal ou cesariana, com ou sem risco, é de extrema importância para o desenvolvimento do bebê, pois é a partir desse instante que será selada o início de sua vida fora do ventre materno.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eh um absurdo se considerar ausentar o pediatra da sala de parto de cirurgias cesarianas eletivas. Até a parturiente de baixo risco pode ter um RN com complicações que necessita de manobras de reanimação imediatas. O atraso dessas manobras gera aumento de morbimortalidade entre recém nascidos. Sou contra a decisão de retirar o pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: EM TODOS OS LOCAIS ONDE HAJA PEDIATRA COM CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO NEONATAL A ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO DEVE SER ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE FEITA POR ESTE PROFISSIONAL PORQUE ATÉ OS RNs FILHOS DE MÃE SEM QUALQUER FATOR DE RISCO PODEM NASCER MAL E PRECISAR DE REANIMAÇÃO. O MOMENTO DO NASCIMENTO É O PIOR MOMENTO DE NOSSAS VIDAS, MARCADO POR PROFUNDAS TRANSFORMAÇÕES EM FUNÇÕES VITAIS, UM MINUTO DE HIPÓXIA SIGNIFICA MILHARES DE NEURÔNIOS DESTRUÍDOS E PERDA EM QUALIDADE DE VIDA E EM CAPACIDADE PRODUTIVA. É, NO MÍNIMO, INDIGNO PERMITIR QUE CRIANÇAS NASÇAM SEM A SUPERVISÃO DAQUELES QUE SABEM FAZER A COISA CERTA NO MOMENTO OPORTUNO.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: PERFEITA. CORRIGE DISTORÇÕES QUE ERAM DIVULGADAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Tenho experiência com humanização, tive oportunidade de observar o funcionamento do hospital Sofia Feldman em BH. Neste Hospital o atendimento é feito por enfermeiras obstétricas e todos os dias o pediatra é chamado para atendimento dos recém nascidos. Elas tem conhecimento e treinamento em reanimação neonatal, porém algumas vezes precisam de ajuda para outros procedimentos, como a intubação, passagem de cateter umbilical.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra em todas as salas de parto, cesarianas ou parto vaginal, com ou sem fator de risco é sempre indispensável. Nem todos os bebês dão sinal de que vão precisar de ajuda antes de nascerem e, mesmo que treinados, outros profissionais se assustam frente a um recém nascido que necessitem reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como anesthesiologista atesto q filho meu sempre nascerá com pediatra. Sugiro ao governo renunciar ao reajuste do fundo partidário e que utilize essa diferença para alocar mais recursos para o SUS e pare com essa tentativa de fazer Medicina de pobre para pobre.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Concordo plenamente com a Sociedade Brasileira de Pediatria, na ênfase quanto à importância da presença do pediatra treinado em reanimação neonatal em TODOS OS PARTOS (inclusive os partos cesáreos), mesmo quando não há evidência de risco. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Não é possível prever com segurança o nascimento de um RN em bom estado, ainda que a maioria o faça. Por isso não contar com um profissional de saúde que esteja habilitado para fazê-lo é um desrespeito com a mãe e o filho. e Este profissional, nos atuais modelos de assistência é o médico pediatra.</p> <p>2ª: A quem poderia interessar não ter um pediatra na sala de parto de todos os partos??</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: As complicações relacionadas à assistência neonatal precoce desfecho primário (mortalidade) e secundário (morbidade) mensuradas há mais de 20 anos.O pediatra treinado em identificar as complicações relacionadas à sofrimento fetal ou prematuridade (dentre outras) e capacitado para realizar ventilação neonatal precoce, administração de surfactante na sala de parto bem como uma eventual cateterização umbilical para administração de drogas neonatais é imprescindível, repleto de evidências e no mínimo, prudente.Devemos ser claros em texto de recomendação. Referir-se a "profissional capacitado" dará margem à uso de profissionais com treinamento em BLS e escalados por força de escassez de recursos. Deve ser clara a recomendação " Profissional Médico".O custeio para tal não pode minguar como vemos nos últimos anos. Mais de 3,5 mil leitos de assistência materno infantil fechados...Não precarizemos ou negligenciemos a assistência neonatal. Já há encefalopatas suficientes em rede SUS.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: As evidências científicas demonstram que mesmo em partos cesárea de RN a termo sem complicações o RN pode apresentar dificuldade na adaptação Cardio-respiratória, sendo que recente estudo demonstrou inclusive maior necessidade de VPP em RN a termo nascidos por cesáreas não urgentes (o que implica em não identificação de qualquer fator de risco) em comparação com RN a termo nascidos de parto vaginal. É de importância vital que todo RN seja assistido por profissional capacitado a iniciar todos os procedimentos para reanimação nos primeiros minutos de vida, não se justificando portanto a desobrigação da presença do pediatra em sala de parto em nenhuma circunstância.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de salientar que estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: GOSTARIA DE ME MANIFESTAR PELA OBRIGATORIEDADE DE MANUTENÇÃO DA PRESENÇA OBRIGATÓRIA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO INDEPENDENTE DA SITUAÇÃO.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Totalmente contra essa medida. Todo parto, independente da via de parto, o pediatra é fundamental. Não temos como afirmar com cem por cento de certeza que o recém nascido conseguirá respirar sozinho.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Meu Deus! O atendimento aos Recém-Nascidos em sala de parto ou centro cirúrgico não pode retroceder. Precisamos ter qualidade no atendimento e no trato deste novo ser desde os seus cruciais primeiros minutos de vida. Lembrar que eles já vêm sofrendo por estarem sendo gerados por mães mal assistidas em pré natais precários. É um paciente delicado que deve ser atendido por quem faz os procedimentos sabendo como, porque, com conhecimento para saber como conduzir quando os casos mais difíceis surgem seja parto NORMAL ou CESARIANA. Passamos 6 anos numa graduação de Medicina, e 3 anos de Residência de Pediatria e atualizações e cursos anuais para que os RNs tenham um atendimento digno. Enquanto lutamos e trabalhamos arduamente para melhorar a assistência perinatal esse documento vem na contra-mão do que defendemos em relação ao recém-nascidos. Pediatra deve estar na sala de parto seja ele vaginal ou cesariana, baixo risco ou alto risco, ricos ou pobres, filho de político ou de qualquer outro tipo pessoa. Uma gestação acontece para termos um bebê em condições de desenvolvimento pleno e não de sequelados.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não podemos retirar o pediatra da sala de parto, pois muitas vezes mesmo a criança de termo, sem nenhuma "aparente" complicação, tanto parto normal como parto cesariana, nos deparamos com a necessidade de reanimação neonatal. Atualmente, ainda nos deparamos com mães que não fazem pré-natal ou este é inadequado com poucas consultas ou com poucas consultas com médicos, algumas somente com enfermeiros solicitando exames. Predispondo a complicações. O profissional de saúde mais adequado para realizar o atendimento ao recém nascido na sala de parto é o pediatra. Temos que pensar em melhorar o atendimento médico no Brasil e não piorar.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É importante e fundamental a presença de um pediatra em qualquer sala de parto. Nunca se sabe ao certo como o RN vai responder ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como medica da ESF e mae amparada nas evidencias ja demonstradas pela SBP e outras entidades medicas nacionais e internacionais considero inadequada a diretriz que objetiva excluir o pediatra da assistencia a reanimacao neonatal em sala de parto de cesariana nao complicada ou de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou obstetriz, atendo partos domiciliares e vários deles são com cesariana prévia. O risco de ruptura uterina (0,2%) é previamente discutido e temos hospital à disposição com distância não superior a 15 minutos em caso de emergência. Não concordo com a recomendação explícita de que parto normal após cesariana deva ser necessariamente acompanhado no hospital. Também discordo da recomendação de VCE com 36 semanas e não fazer VCE após 37 semanas. As evidências corroboram VCE até o início do trabalho de parto. Também discordo da recomendação de cesariana para todos os partos pélvicos, que que é isso? E a livre escolha? As mulheres podem fazer uma cesariana a pedido, mas não podem ter um parto vaginal pélvico a pedido?</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É imprescindível para a segurança e saúde do recém nascido a presença de um pediatra sala de parto. É possível que intercorrencias graves aconteçam mesmo em partos de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo negar ao recém-nascido uma assistência adequada uma vez que temos conhecimento técnico de que um atendimento pediátrico adequado em sala de parto não só salva vidas como também evita sequelas permanentes. Somente as gestantes que ignoram os riscos podem permitir tamanho absurdo. Não adianta atendimento tardio, este deve ser prestado no primeiro minuto de vida. É o mais importante, não existe parto sem risco, seja normal ou cesariana. Um enfermeiro jamais substituirá o pediatra na sala de parto com a mesma eficiência. A diferença está em pelo menos 5 anos de estudo.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: O parto é uma caixa de surpresas. Muitas gestações sem risco e a termo podem complicar e o Rn necessitar de assistência de profissional habilitado, de preferência um neonatologista. Por várias vezes já fui assistir um Rn cesárea eletiva e esse nasceu banhado em meconio e morte aparente. A cada 30 seg de atraso na reanimação o risco de dano cerebral aumenta significativamente. Há dois momentos muito perigosos em nossas vidas, o primeiro e o último.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Absurdo querer regulamentar a opção médica e dos pacientes</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra atuante em maternidade, a abordagem sobre a assistência ao recém-nascido, em que a presença do pediatra habilitado é dispensada, me parece equivocada. A população tem o direito de receber a melhor assistência possível, de modo a reduzir ao máximo as taxas de mortalidade e de complicações que evoluem para sequelas futuras, conforme bem explicitado pelo documento da Sociedade Brasileira de Pediatria, disponível em <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>. Complicações não são sempre previsíveis.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Sociedade médica	1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. 2ª: -	
10/05/2015	Outra	1ª: Evidência sobre parto pélvico baseando-se em estudo randomizado canadense contendo vieses importantes. Existem trabalhos em andamento na Alemanha sobre parto pélvico do prof. Frank Lowen. 2ª: -	
10/05/2015	Outra	1ª: Absurdo tratar parto vaginal após cesárea como um evento que deva ser hospitalar! Não há evidência científica nenhuma disso! 2ª: -	
10/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	1ª: É um verdadeiro retrocesso retirar o pediatra da sala de parto, é direito do RN ser assistido por um pediatra ou neonatologista. O primeiro minuto para o RN que nasce em asfixia ou morte aparente é decisivo para seu prognóstico. Vamos pensar em melhorar a assistência neonatal e não "tapar o sol com a peneira". 2ª: -	
10/05/2015	Sociedade médica	1ª: Necessidade de pediatra neonatologista ou com capacitação em atendimento em sala de parto visto que mesmo em partos de baixo risco há ocorrência de Complicações levando a quadros irreversíveis - anóxia. 2ª: -	
10/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	1ª: Em medicina o inesperado é frequente e 1 + 1 pode não ser 2. As complicações surgem do nada. Em medicina segurança é tudo. Profilaxia é prevenção. Manter o pediatra na sala de parto em qualquer circunstância é segurança para criança, é prevenir o infortuito de uma seqüela grave. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
10/05/2015	Outra	<p>1ª: O Pediatra é essencial em toda sala de parto, não somente em partos complicados, é um retrocesso à nossa sociedade esse documento.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É fundamental importância a presença do pediatra em TODA sala de parto para rápida atuação em reanimação neonatal, afim de evitarmos casos de asfixia neonatal que também ocorrem em recém-nascidos a termo e com gestações de baixo risco. O sistema de saúde deve ser atuante de forma preventiva. Caso contrário, muitas crianças, quando sobreviventes, poderão adquirir sequelas neurológicas irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurdo não oferecer atendimento profissional de pediatra na sala de parto as crianças nascidas em serviços do SUS. Um retrocesso e uma atitude discriminatória com as pessoas mais carentes do nosso país.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Outra	<p>1ª: Um retrocesso que consideramos inaceitável. Desde 15 de março de 1993, através da Portaria nº 31, do Ministério da Saúde que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém nascido por neonatologista ou pediatra, seja parto normal ou cesariana, fruto da luta da SBP e suas filiadas. Basta Pensarmos, por um segundo apenas, e responder com sinceridade: no parto do nosso filho queremos ou não um pediatra na sala de parto? SIM, sempre SIM.</p> <p>2ª: -</p>	
10/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O RN deve ser assistido em toda sala de parto por Pediatra já que, mesmo que remota, a intercorrência pode resultar em desfecho grave e sequela.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou a favor da permanência/necessidade da presença de um pediatra para assistir o nascimento de Qlqr RN, sob qualquer via de parto. Mesmo RN que nasçam por cesareana seletivas podem apresentar alguma intercorrência. É necessário agir com destreza no minuto de ouro, pois esse momento pode mudar drasticamente o prognóstico do paciente. A assistência à sala de parto/RN faz parte do ato médico, então os responsáveis são o pediatra e o obstetra.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Mesmo os partos ditos de baixo risco complicam e os bebês precisam ser reanimados rapidamente e por profissionais devidamente capacitados, inclusive no manejo de drogas. Sou instrutora do Programa de reanimação Neonatal e tenho convicção de que o pediatra é imprescindível na sala de parto e os outros profissionais de saúde são capacitados apenas para iniciar as manobras de reanimação. Em uma reanimação avançada, somente o médico será capaz de realizar todos os passos da reanimação com rapidez.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um desserviço à saúde pública não ter pediatra em sala de parto mesmo em gestantes a termo de risco habitual. Segundo o último programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, 1 em 10 bebês precisam de assistência ventilatória ao nascer, 1 em 100 precisam de massagem cardíaca e 1 em 1.000 precisam de adrenalina. Na falta do pediatra, profissional qualificado e treinado para dar assistência nesse momento, o que serão dessas crianças? Prevejo um aumento da morbimortalidade, um retrocesso para a saúde pública.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Já realizei varias cesarianas sem fatores de risco onde foram necessários reanimação neonatal, precisando inclusive da intubação orotraqueal!!! Ressalto que este ultimo procedimento nao é autorizado a realização por outros profissionais não médicos, ou seja, nao tem como se predizer que aquela cesarea sem riscos evoluirá para uma reanimação neonatal, podendo chegar a precisar de intubação e uso de drogas vasoativas, que feitas pelo melhor profissional capacitado(pediatra) salvará a vida do recém nascido, e com altas chances de deixá-lo sem sequelas, onde do contrario, se realizado por um profissional sem total conhecimento podeá causar danos IRREVERSÍVEIS a este ser humano, podendo ir de paralisia cerebral, crises epilépticas a óbito! Acredito que a população SUS ou nao, necessita de melhorias para a saúde e nao piora, nao adianta colocar um profissional que recebeu treinamento para fazer salas de parto, mas a pessoa nao possuir a experiencia que um pediatra tem! Estamos lidando com vidas, e se trata do inicio da vida de um ser humano com totais chances de se tornar um ser humano com capacidades cognitivas,motoras e sensoriais sem alteraçoes, onde por um ato realizado de maneira errada pelo profissional pode causar sérios danos por toda a vida, causando serias sequelAs mentais. Acredito numa melhoria da saúde, mas aprovar esse projeto seria um crime para a sociedade, seria assinar contra um nascimento digno, privando de ter a oportunidade de estar presente o melhor profissional capacitado para atender!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Ajudar com conhecimento</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Venho expressar minha não conformidade em retirar o pediatra da sala de parto ( só deixando quando for cesariana com anestesia geral ou com risco de sofrimento fetal)aumentando com isso o risco de mortalidade e sequelados neurológicas.A cada 30 segundos de atraso na reanimação neonatal o prejuízo ao tecem nascido é terrível.O primeiro minuto de reanimação é chamado de minuto ouro e pode fazer toda diferença na recuperação e prognóstico do bb.Estaríamos retrocedendo É mesma coisa então de voltarmos a fazer os outros partos em casa já q não são de riscos.Mtos não são mas se tornam naqueles últimos momentos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª:  <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a>  <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a>  <a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a>  <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: TODO PACIENTE MERECE ATENDIMENTO POR UM PROFISSIONAL ESPECIALIZADO, SEM COLOCAR SUAS CHANCES DE SOBREVIDA EM RISCO. TODA SALA DE PARTO DEVE TER UM PEDIATRA PRESENTE, POIS AS INTERCORRÊNCIAS SÃO SEMPRE INESPERADAS E ESTA MAIS DO QUE COMPROVADO PELAS ESTATÍSTICAS QUE O ATENDIMENTO ADEQUADO FEITO PELO PROFISSIONAL ESPECIALIZADO AUMENTAM A CHANCE DE SOBREVIDA E DIMINUI AS DE SEQUELAS DO PACIENTE.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou a favor do parto normal, cesariana apenas emergencial O mais importante é o parto humanizado onde a gestante e o bebê são protagonistas e não médicos e procedimento "padrões" e sim baseado em evidências</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou obstetrix, atendo partos domiciliares e vários deles são com cesariana prévia. O risco de ruptura uterina (0,2%) é previamente discutido e temos hospital à disposição com distância não superior a 15 minutos em caso de emergência. Não concordo com a recomendação explícita de que parto normal após cesariana deva ser necessariamente acompanhado no hospital. A seguir, links para estudos que corroboram com tal evidência:</p> <p><a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a> Também discordo da recomendação de VCE com 36 semanas e não fazer VCE após 37 semanas. As evidências corroboram VCE até o início do trabalho de parto. A seguir, links que corroboram com tal evidência:</p> <p><a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a><a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a><a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a> Também discuro da recomendação de cesariana para todos os partos pélvicos, que que é isso? E a livre escolha? As mulheres podem fazer uma cesariana a pedido, mas não podem ter um parto vaginal pélvico a pedido? Livre escolha após informação é um princípio básico da autonomia do indivíduo, e a partir do momento que uma mulher é obrigada a ter uma cesárea, por apresentação pélvica por exemplo, fere-se esse princípio. Autonomia é um direito humano básico.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É fundamental a presença do pediatra na sala de parto em qualquer parto seja normal ou cesareano. Existe riscos inerentes em cada procedimento e, muitas sequelas ocorrerão e muitos RNs morrerão mesmo em situações aparentemente tranquilas caso não esteja presente o profissional que melhor representa a segurança para o RN ou seja: o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo que a cirurgia pra extração fetal deva ser uma opção materna, visto que todo e qualquer procedimento cirúrgico, deve ser realizado com indicação médica baseada em evidencias científicas, levando-se em conta a questão ética par avaliar risco/benefício, minimizando os riscos de morbimortalidade materna e neonatal. Ressalto que contra o MEDO, existe a informação, e toda mulher bem informada, é capaz de fazer uma escolha sensata, afinal, ninguém opta por uma cirurgia, se pode fazer um tratamento conservador, seja lá para que finalidade for.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sabe-se que os primeiros 15 minutos de atendimento ao bebê são fundamentais e no Apgar de 1º minuto muitas condutas em benefício do bebê podem até já terem sido realizadas. O estudo citado não é de forma alguma representativo da população brasileira. Um segundo ponto é propor a retirada do pediatra de sala de parto sem haver investimento e proposta real de melhora da qualidade no pré-natal no Brasil - que de forma geral é muito ruim... primeiro seria necessário a melhora real do pré-natal e posterior intervenção no parto.Outro ponto é que se for necessário intervenção médica especializada perdeu-se vários minutos preciosos para este bebê. Se ocorrer complicações e possíveis sequelas ao bebê, quem será responsável legalmente? O Ministério da Saúde? O enfermeiro ou outro profissional "capacitado em reanimação neonatal" responderá legalmente por seu trabalho? Ou novamente recairá sobre o obstetra e/ou anestesista que prestavam assistência a mãe?Sabemos que em muitas maternidades essa assistência não é feita pelo pediatra por muitos motivos, porém é triste ver o Ministério da Saúde apoiar e legislar neste sentido.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Deve haver sempre um pediatra em toda sala de parto, cesária ou não. Nunca se sabe como o recém-nascido vai se comporta neste momento. Esperar que um pediatra esteja disponível para seu atendimento será esperar demais não dando chances ao recém-nascido de melhor qualidade de vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A PRESENÇA DO PEDIATRA EM SALA DE PARTO É ESSENCIAL PARA UM ATENDIMENTO CLALISSICADO E TREINADO PARA MANEJAR INTERCORRENCIAS. A FALTA DE PEDIATRA EM SALA DE PARTO É UMA NEGLIGÊNCIA MÉDICA E TODO RN E SUA FAMÍLIA DEVEM TER DIREITO ESSE ATENDIMENTO. ALÉM DE PEDIATRA. SALIENTO AINDA QUE O ATENDIMENTO NAO SE RESUME AO MOMENTO DO NASCIMENTO E SIM NOS DIAS SEGUINTES EM QUE TAMBÉM PODEM OCORRER PROBLEMAS QUE PRECISAM DE PRONTO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO COM MANEJO ADEQUADO. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Desde 15 de março de 1993, através da Portaria nº 31, do Ministério da Saúde que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido por um neonatologista ou pediatra, seja parto normal ou cesariana, fruto da luta da SBP e suas filiadas Em 01 de junho de 2000, pela Portaria nº 569, do Ministério da Saúde, em seu Anexo II, está escrito:- Todas as unidades integrantes do SUS tem como responsabilidades: ...6. Garantir a presença de pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ASSISTENCIA PERINATAL DEFINE O PROGNOSTICO DO RECEM NASCIDO, CRIANÇAS QUE APRESENTAM ANOXIA NEONATAL PODEM SER TAMBEM PROVENIENTES DE CESAREANA E A TERMO, É UM RETROCESSO ADMITIR QUE PROFISSIONAIS NÃO ESPECIALIZADOS (QUALQUER OUTRO QUE NÃO SEJA MEDICO PEDIATRA) FIQUEM RESPONSÁVEIS PELA RECEPÇÃO DO RN EM SALA DE PARTO OU CENTRO CIRURGICO. O IMPACTO ECONOMICO NO SUS DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL (INTERNAÇÕES RECORRENTES, TRATAMENTO FISIOTERAPICO , ETC) É EXTREMAMENTE SUPERIOR AO DE REMUNERAR O PROFISSIONAL ADEQUADO, ISSO SEM FALAR DO DESASTRE PSICOLOGICO EM UMA FAMILIA QUE VAI SABER DESTA REPERCUSSÃO QUASE UM ANO DEPOIS AO VER QUE O DESENVOLVIMENTO DO SEU FILHO ESTA INADEQUADO.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO DEVE SER FEITA PREFERENCIALMENTE POR NEONATOLOGISTA.NA AUSÊNCIA DESTA PROFISSIONAL,DEVERÁ SER FEITA POR PEDIATRA TREINADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL OU NA AUSÊNCIA DESTA POR MÉDICO GENERALISTA OU DE OUTRA ESPECIALIDADE TREINADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL</p> <p>2ª: O MINISTÉRIO DA SAÚDE PRECISA AJUDAR A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA PATROCINANDO CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL NOS ESTADOS BRASILEIROS</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência do pediatra na sala de parto é imperiosa para a diminuição da mortalidade infantil e neonatal e diminuição dos casos de Asfixia Perinatal e de recém-nascidos com sequelas neurológicas. A presença do pediatra na sala de parto é importante mesmo nos casos de gestação de baixo risco pois por vezes é imprevisível o nascimento de recém-nascido com Asfixia Perinatal. As evidências científicas já comprovaram a necessidade do profissional pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência na sala de parto pelo PEDIATRA é necessária em todos os partos, pois o parto é um evento imprevisível. Nem sempre podemos prever como será o nascimento de um recém nascido e muitas vezes precisam ser tomadas medidas que só o pediatra está apto a fazer.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Quem tem que decidir sobre e como quer o seu parto É A MULHER. O parto é um ato fisiológico e não um ato médico. Intervenções médicas devem ser feitas somente quando REALMENTE necessárias. Estudo mostra que o VBAC em casa é seguro: <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/.../10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/.../10.1111/jmwh.12172/abstract</a> Estudos mostram que VCE com mais de 37 semanas é seguro e eficiente: <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a> <a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a> Estudo mostra que a taxa de ruptura uterina é 0,2% e não impede um VBAC em casa.</p> <p><a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não ter um pediatra capacitado em reanimação neonatal em todas as salas de parto independente do tipo de parto ou história clínica materna, NÃO está baseado nas melhores evidências científicas disponíveis. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A recomendação capítulo 5 - Não necessidade de pediatra em sala de parto em cesária de RN a termo sem sofrimento está equivocada e em desacordo com a realidade e as recomendações nacionais e internacionais sobre atendimento RN em sala de parto. A presença de pediatra é fundamental em todos nascimentos sendo que intervenções devem ser realizadas adequadamente no primeiro minuto de vida quando necessárias. O fato de não estar previsto não exclui a possibilidade de complicações e nestes casos estes RN estariam receberiam o atendimento necessário e devido. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênicas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Dr. Glauco D. Fagundes Coordenador em exercício Curso de Medicina UNESC</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Devido a grande quantidade de desconforto respiratório mesmo em RN de termo devido a cesárea deve-se ser mantida a indicação de pediatra devidamente treinado em reanimação neonatal em sala de parto mesmo em situações de baixa complexidade</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: obrigatoriedade da presença de pediatra treinado em reanimação neonatal em TODOS OS NASCIMENTOS, conforme o consenso da Sociedade Brasileira de Pediatria 2ª: -	
11/05/2015	Outra	1ª: Considero extremamente necessária a presença de pediatra treinado em reanimação neonatal - presença em todos os partos. 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, concordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Entendemos a necessidade de treinamento e capacitação de outros profissionais da saúde em manobras não invasivas de reanimação neonatal (ventilação com balão e máscara), no entanto, defendo que essa atitude não substitui a necessidade da atenção pediátrica ao recém nascido como escolha prioritária da assistência neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo em cesariana sem fatores de risco previamente identificados, imprevistos podem ocorrer!! Por mais que possam até ser apenas 1,8% (como citado nesse documento) dos recém-nascidos de cesariana que necessitam reanimação na sala de parto, essa proporção no Brasil, com cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, resulta em 54.000 RNs anualmente com risco de sequelas neurológicas graves por uma assistência imediata inadequada! A intubação traqueal e uso de medicações que podem ser necessárias são atos médicos e não devem ser retardadas até a chegada de um pediatra que será chamado somente após os primeiros profissionais de saúde não médicos iniciarem a assistência e perceberem que não está sendo resolutive!!! O pediatra TEM que estar dentro da sala de parto! Mais de 50 mil neuropatas ao ano é um número expressivo, que vem com todas as custas de sofrimento desse indivíduo e sua família, custos financeiros, faltas ao trabalho para cuidados, aposentadorias, etc!! A recomendação da não necessidade de Pediatra na sala de parto é, no mínimo, inconsequente e desrespeitosa com o ser humano, além de economicamente pouco inteligente! POR FAVOR, REITEREM A NECESSIDADE DO PEDIATRA EM SALA DE PARTO EM TODOS OS NASCIMENTOS, SEJA PARTO NORMAL OU CESARIANA, COM OU SEM FATORES DE RISCO PREVIAMENTE IDENTIFICADOS!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: TODA SALA DE PARTO, INDEPENDENTE DE CESARIANA OU PARTO NORMAL, DEVE TER E DEVE SER DIREITO DA GESTANTE E DO BEBÊ, TR PRESENTE UM PEDIATRA CAPACITADO EXCLUSIVO PARA ATENDER O</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O ATENDIMENTO DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO É ESSENCIAL PARA DIMINUIR A MORTALIDADE INFANTIL, BEM COMO PARA MELHORAR A SOBREVIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA DOS RN. NÃO HÁ COMO PREVER COMO O BEBÊ NASCERÁ.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Questiono a proposta de não haver pediatra em sala de parto para todos recém nascidos, visto que mesmo partos de baixo co podem apresentar intercorrências e necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A favor da cesariana a pedido e com indicação, além do parto hospitalar. Contra parto domiciliar.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Um absurdo a proposta de não ter um profissional capacitado em todos os partos! Quem trabalha em atendimento em sala de parto sabe que nunca temos certeza da evolução. Aliás, isso vale para toda a Medicina. Novamente tentam reduzir os gastos da saúde às custas da sociedade, sendo que a maioria dos influenciados ignoram a real importância de um atendimento adequado. Se realmente essa proposta medonha fosse aprovada, em pouco tempo teríamos um aumento da mortalidade e no número de crianças com paralisia cerebral - o que aumentaria os gastos para o governo a longo prazo. Estão invertendo conceitos bem estabelecidos. A principal meta do governo deve ser a prevenção!!!!!!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Como neuropediatra, que acompanho as sequelas de partos mal assistidos, peço, encarecidamente, que haja SEMPRE pediatra e material para reanimação neonatal em TODOS os partos realizados, pois, não são poucos os pacientes com sequelas neurológicas, oriundos de partos de baixo risco, sendo partos normais ou por cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de fundamental importância a presença de profissional capacitado em reanimação neonatal em qualquer parto, seja normal ou cesárea, pois o risco às vezes é imprevisível e para que não haja sequelas para o recém-nascido a reanimação deve prontamente iniciada e de forma correta, evitando também internação em UTIN. Um (1) minuto atrasado pode ser a perda de oportunidade de uma criança saudável! Quem trabalha em maternidade já vivenciou a situação de necessidade de reanimação em cesárea eletiva...</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou mãe e fiz uma cesária para ganhar meu primeiro filho. Foi uma escolha minha, consciente e feliz. Fiquei tranquila a gestação toda por saber que minha vontade seria aceita. Tenho muita intolerância a dor e saber que a cesária poderia me ajudar com minha ansiedade, não tive dúvidas, mesmo com todas as considerações feitas pelo meu médico. Não me arrependi e tive uma recuperação invejável! Acho que o Estado não pode tomar a decisão pela mulher. Ela tem direito de escolha!!!!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30) A presença de um pediatra habilitado em Sala de Parto foi um avanço e não há como prever os riscos ou qual o momento que eles ocorrerão. A intubação traqueal embora infrequente é procedimento médico e deverá ser realizada pelo pediatra em tempo, de acordo com as normas do ILCOR teríamos no máximo 2,5 minutos para o ato no caso de apnéia sem sucesso com VPP.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Solicito a inclusão dos nomes da ANS na equipe do grupo consultivo Aline Monte de Mesquita e Karla Santa Cruz Coelho</p> <p>2ª: Solicito a inclusão dos nomes da ANS na equipe do grupo consultivo Aline Monte de Mesquita e Karla Santa Cruz Coelho</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: , a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: para continuidade do trabalho e manutenção da assistência considero que a assistência à qualquer recém-nascido de parto cirúrgico deve ser feito por profissional qualificado : pediatra! Muitos partos ditos a termo sem complicação acabam por necessitar de intervenção do pediatra : essa salvadora! Considero essa medida passível de piora nos índices de anoxia e outros malefícios aos recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Espero que a operação cesariana seja utilizada apenas em caso de REAL indicação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra tem importância fundamentada, na assistência ao recém - nascido em sala de parto, seja cesariana ou parto via vaginal, na presença ou na ausência de sofrimento fetal ou tipo de anestesia. O primeiro minuto de vida do RN é de suma importância para sua vida toda "golden minute" onde a reanimação neonatal deverá ser rápida e efetiva. O profissional que recebe o recém nascido deverá estar capacitado em ventilar (uso de unidade ventilatória com pressão positiva) intubação endotraqueal ,massagem cardíaca, e administração de drogas, com acesso venoso rápido e seguro. A previsão de nascer saudável ou não existe, porém diversas vezes estamos diante de um pré-natal perfeito, de RN à termo , e que precisa de cuidados especializados em sala de parto. Acredito que esta resolução seja reavaliada e embasada, conforme o programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria baseado cientificamente em trabalhos e estudos específicos ,randomizados e controlados. Atenciosamente</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurdo retirar Pediatra do atendimento ao recém nascido por parto cesarea. Basta pesquisar o número de cesareanas feitas em pacientes com pré-natal de alto risco para entender a necessidade de atendimento o mais qualificado possível ao bebê. A Saúde já está sucateada o suficiente. Ainda espero o dia que se tomem medidas para melhorá-la.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sabemos que mesmo o parto cesáreo sem nenhuma intercorrência de um feto à termo pode levar ao nascimento de RN que necessite de todos os procedimentos de reanimação em sala de parto ou seja, procedimentos médicos e portanto a presença de um pediatra na sala de parto treinado em procedimentos da reanimação; de fundamental importância para o melhor prognóstico dos bebês. Tenho treinado incansavelmente durante anos, profissionais de saúde para a reanimação, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, residentes de pediatria e considero que assegurar ao recém nascido a possibilidade de ser atendido por um pediatra devidamente treinado é nossa função e obrigação. A simplificação desta normatização é inadequada e irresponsável.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Trabalho como pediatra e neonatologia há mais de 25 anos e já vi pacientes de nascidos de parto cesarea e sem intercoreencias necessitarem ser reanimados na sala de parto, e vivencio em ambulatorio as consequencias fatidicas de uma anoxia neonatal, portanto não vejo razão para retirar o pediatra da sala de parto colocando em risco a vida e as possiveis cosequencias de uma anoxia neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O conceito do "minuto de Ouro" implica de que as ações dos primeiros sessenta segundos de vida são de grande importancia no prognóstico dos recém-nascidos que precisam do auxilio De reanimação na sala de parto. Como nos partos previamente considerados sem risco, não sabemos quais os recém-nascidos que efetivamente necessitarão dos procedimentos de reanimação. Outros profissionais de saúde a e podem fazer o primeiro atendimento ao RN, mas o tempo perdido até chamarem um médico neonatologista mais experientes no atendimento de urgência poderá significar pelo pior prognóstico deste RN. Quem responderá por isto?</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com a retirada da assistência do pediatra da sala de cirurgia na vigência de uma cesariana</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo com a proposta de que considera que "não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para a gestante".A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.Se não houver um profissional médico responsável pela sala de parto, quando ocorrerem intercorrências com o recém nascido, qual o profissional se responsabilizará pelos danos ocorridos a criança?</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra neonatologista e de acordo com os dados divulgados pela sociedade brasileira de pediatria mesmo nos partos baixo risco a presença de um profissional treinado para reanimação neonatal ser faz necessária pois a reanimação tem que ser um processo rápido, pois isso pode mudar o prognostico do paciente. Na minha pratica clinica já vi muitas gestações baixo risco complicarem no momento do parto. Imprescindível a presença do pediatra</p> <p>2ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Em relação a ausência do pediatra na sala de parto cesariana considerado de baixo risco (sem sinais de sofrimento fetal), quem assumirá o ônus da responsabilidade civil e criminal, quando a estratificação falhar? Partindo do pressuposto que não se dispõe de testes com 100% de acurácia, portanto existirão falhas! Quem consolará os pais, avós, tios, amigos e parentes da criança sequelada por hipóxia perinatal que poderia ser minimizada por uma assistência adequada? Se o nível de evidência dos trabalhos disponíveis são baixos, não se deveria estabelecer essa recomendação. Trata-se de vidas humanas e não de números!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Faço minhas as palavras da SBP: "Proposta de elaboração das "Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana" que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana).Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que "não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro." Recomendação final (página 15 e 63): "É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal".Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo."</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra não ter pediatra em sala de parto de cesareana de baixo risco. Primeiro porque partos são imprevisíveis. Segundo porque quando outra pessoa presta assistência ao RN no primeiro minuto, perde se o golden minute. O minuto de ouro da sala de parto e o primeiro minuto. Terceiro porque se for necessário intubarbo RN, quem o fará? A enfermeira? O anestesista? Cujas paciente é a mãe e não o bebê. Quarto, eu entendo que haja a necessidade de cortar custos, mas criando mais crianças com anoxia neonatal só serão produzidos mais gastos para o governo.</p> <p>2ª: Sou contra a retirada do pediatra de sala de parto com cesariana de baixo risco</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Existem indicações bem definidas para intervenção cirúrgica num parto, disponível em qualquer livro de obstetrícia atual. As mulheres vem tendo a primeira gestação tardia perdendo a oportunidade de evoluir a gravidez em útero distensível, jovem, forte, sem fibroses, assim como também vagina com as mesmas características. Outro fator é a disponibilidade do médico assistente de ficar até 12 horas preso à paciente (ou mais) dando apoio médico e psicológico merecidos. As parteiras eram de extrema valia, capazes de evoluir o trabalho de parto com segurança e mesmo assistir ao parto com competência. Sou favorável à autorização para que as parteiras possam intervir em comunhão com os médicos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é o profissional mais capacitado para dar atendimento ao RN em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É inacreditável que um assunto desse venha a tona, o cidadão brasileiro pode ser tratado dessa maneira, o Pediatra, Pediatra,... é imprescindível na sala de parto onde se espera que tudo vá ocorrer tudo bem, pois é justamente nessa situação quando ocorrer um problema é que os danos vão ser muito sentido, já participei de muitos casos corriqueiros, em que estava tudo bem gestação tranquila e bebe nasceu com mais de 3Kg, e que sem explicação nenhuma nasceu em apneia e recentemente um com hernia diafragmática, que infelizmente não tinha diagnóstico de US. Sugiro a aqueles que defendem tal absurdo, que proponham as companhias aéreas que por medidas de economia, que a partir de agora os aviões só tenham um piloto e no caso de alguma intercorrência chamem a aeromoça para resolver o problema. e que durante os próximos 2 anos, os iluminados que estão propondo tamanho absurdo só viagem nos aviões nessa condição.</p> <p>2ª: Não prefiro rezar</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental em qualquer tipo de parto ou de procedimento anestésico, A assistência por profissional não médico coloca em risco a vida do recém nascido e retira da família o direito à assistência de qualidade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a presença do Pediatra em sala de parto de partos cesarianas seja de fundamental importância haja vista a frequência de partos a termo e sem fatores de risco que necessitam de manobras de reanimação. Não exigir tal profissional capacitado em um parto que já é considerado de risco é retroceder nos avanços da medicina e aumentar os índices de mortalidade perinatal já em queda.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou pediatra e instrutora do curso de reanimação neonatal e acho um absurdo a resolução de ter um profissional treinado em reanimação para atender cesareana de baixo risco. Quantas vezes nós vamos atender um parto ou cesareana que é para ser de baixo risco e nasce um bebe com meconio ou bebe que nasce em parada cardiorrespiratoria. Se fosse o seu filho o que vc iria priorizar um pefiatra com curso de reanimação ou um profissional não tao habilitado quanti</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Em locais distantes dos grandes centros a presença do pediatra nem sempre é possível, então recém-nascido deve ser atendido por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: há a necessidade de um pediatra treinado em reanimação neonatal em toda sala de parto, normal ou cesariana, para diminuir os índices de mortalidade e morbidade neonatal, conforme já provado em publicações científicas, e conforme provado pelo bom senso e pela experiência de todo profissional que trabalha com atendimento à gestante ou recém nascido. A falta do pediatra significa que a mãe e o recém nascido não receberam a melhor assistência médica, à qual eles têm direito. (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30; Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf?utm_source=phplist85&amp;utm_medium=email&amp;utm_content=HTML&amp;utm_campaign=Consulta+p%C3%BAblica+at%C3%A9+13%2F05%3A+Cuidado+ao+R%C3%A9cem-Nascido+na+Sala+de+Parto">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf?utm_source=phplist85&amp;utm_medium=email&amp;utm_content=HTML&amp;utm_campaign=Consulta+p%C3%BAblica+at%C3%A9+13%2F05%3A+Cuidado+ao+R%C3%A9cem-Nascido+na+Sala+de+Parto</a></p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Retirada fetal com: segmento malformado, anel de constrição, apresentações cefálicas altas e móveis, extração pélvica para evitar cabeça derradeira, versões internas -- deixar anestesista preparado com nitrito (miorelaxante) para ser ministrado IV em bôlus de 200mg cerca de um minuto antes da retirada fetal. Importante atentar para diluição pois uma ampola de 10ml tem 25mg de solução de nitrito .</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um retrocesso não garantirmos o que a de melhor na atualidade, já comprovado, com é o programa de reanimação neonatal. Fluxograma de fácil aplicação e efetivo. Em todas as mudanças ditas "naturais", para se corrigir um erro que foi uso excessivo de cesárias, criação-se outros, em nenhum momento vê-se priorizado o recém-nascido, são sempre vontades leigas maternas e agora tirar o pediatra da sala de parto é um abuso de má prática. No nosso país só o médico intuba, qq parto tem risco, mesmo que baixo, em virtude disso uma das cláusulas pétreas da reanimação é ter um profissional médico apto a todos os passos.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Venho por esta me posicionar plenamente CONTRA esse absurdo que está sendo criado. Toda criança tem DIREITO a um profissional capacitado para atendê-la em situações de emergência no momento do parto, e esse profissional é o PEDIATRA, que estuda no mínimo 2 anos além dos anos de faculdade para se especializar nesse tipo de atendimento. Por que só em nosso país é permitido retroceder??</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista, já atendi muitos casos que eram considerados de baixo risco, mas que foi necessário atendimento imediato do pediatra na sala de parto para reanimação do recém nascido. Sem o atendimento imediato, teriam ido a óbito ou ficado com sequelas graves.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Exigir a presença do profissional habilitado(Neonatologista ou Peditra) para atender o recém-nascido em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e o parto, seja ele por que via ou por que situação for, exige a presença preventiva do pediatra treinado pois somente ele pode oferecer, em tempo hábil o suporte hemodinâmico e ventilatório adequado com os menores riscos possíveis. Sou neuropediatra também e as complicações perinatais pós-parto imediatas são as causas mais comuns de sequelas neurológicas irreversíveis com imensas consequências no desenvolvimento da criança na família e nos custos emocionais e financeiros que acarretam `a sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de manifestar minha indignação sobre a falta de pediatra sala de parto ; A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas ; não podemos aceitar isso</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Hospitais privados devem ter maior controle sobre as indicações de cesáreas sobretudo nas indicadas antes de 39 semanas de gestação completas.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). - referência bibliográfica Sou pediatra e neonatologista. Considero um retrocesso no atendimento médico a não obrigatoriedade da assistência pediátrica na sala de parto. São os primeiros minutos de vida da criança que definirão seu desenvolvimento neurológico.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Meu filho nasceu de cesariana, a termo e necessitou de cuidados médicos ao nascimento. A assistência de um profissional médico capacitado é fundamental seja para qualquer tipo e assistência ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Somente nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo, e ser encaminhado a centro grande com pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto é fundamental, tanto para parto normal quanto para as cesáreas. O risco de sequelas cerebrais aumenta vertiginosamente no primeiro minuto após o nascimento e grande parte das crianças que sofreram alguma seqüela durante o parto não tinham o médico pediatra para assisti-la. É necessário um profissional com amplo conhecimento de fisiologia, anatomia e metabolismo pediátrico para dar um bom atendimento ao recém nato. O pediatra tem base, estudo e treinamento que nenhum outro profissional do ambiente cirúrgico tem. Atribuir essa tarefa a outros profissionais, seria como voltar no tempo e piorar a qualidade de atendimento à criança.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É indispensável a presença de um profissional médico preferencialmente pediatra para prestar assistência ao Recém-Nascido em sala de parto independente da via de parto</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A falta de pediatra na sala de parto acarretará aumento da mortalidade neonatal, conforme diretrizes mundiais de reanimação neonatal, adaptadas no Brasil pela Sociedade Brasileira de Pediatria (em anexo).</p> <p>2ª: Em anexo documento com posicionamento da sociedade brasileira de pediatria, entidade com departamento representativo da assistência neonatal no Brasil.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Faz-se necessário a presença do médico pediatra na assistência em sala de parto aos recém-nascidos de parto cesareano mesmo que sem riscos, em virtude de muitos recém-nascidos destes partos evoluírem com necessidade de manobras de reanimação, sendo o médico pediatra o especialista com maior conhecimento sobre este assunto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A FBH-Federação Brasileira de Hospitais tem dois representantes no grupo consultivo que contribuíram para a elaboração dessas diretrizes de parto cesárea, dessa forma peço a gentileza que os nomes constem da relação de participantes de grupo consultivo, são eles:Dr. Walter Lyrio do Valle e Dr. João Henrique A. Fernandes.Obrigado, Walter.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Sabe-se a importância do pediatra na sala de parto, principalmente porque não se pode prever o que irá acontecer durante o procedimento. A formação do pediatra e do neonatologista é totalmente importante e segue as regras da Organização Mundial de Saúde.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou a favor da presença do médico pediatra na sala de parto, evitando o risco da morte da criança e demais complicações. Pois sabemos que o atendimento do SUS é precário com mulheres grávidas que nem conseguem fazer um pré-natal adequado: longas filas, dificuldade de marcar os exames que garantem o acompanhamento da gestação e garantia de um parto normal. Sem falar na segurança psicológica que passa a presença de um médico pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Por favor revejam as colocações sobre a assistência ao recém-nascido em sala de parto. Arquivo em anexo dados que corroboram que a visão de vocês está muito simplista e errônea, nossos recém-nascidos merecem assistência de qualidade.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra/ neonatologista na sala de parto, segundo evidências científicas é fundamental para garantir maior chances ao Recem-nascido. O pediatra/neonatologista não deve ser substituído por profissionais apenas treinados em Reanimação Neonatal, pois o Recem-nascido merece uma assistência integral no momento do nascimento. Segue site com documento científico que embasa essa contribuição: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-Reanima%C3%A7%C3%A3oNeonatal-atualiza%C3%A7%C3%A3o-1abr2013.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fundamental a presença do Médico Pediatra com curso de Reanimação Neonatal realizado recentemente na Sala de Parto Qualquer outra opinião diferente é um desrespeito ao recém nascido e sua família.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A cesariana deve ser indicada por um médico ginecologista sempre que houver a necessidade do procedimento, seguindo o que se preconiza pela sociedade brasileira de ginecologia e obstetricia e deverá ser feita com todos os cuidados, incluindo a presença de um pediatra na sala de cirurgia. O pediatra deverá estar presente mesmo nos casos de baixo risco fetal, pois a demora no atendimento do mesmo podem levar a consequências gravíssimas como anóxia.</p> <p>2ª: .</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A Presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria e seu Programa de Reanimação Neonatal consideram de fundamental importância a participação dos Pediatras Brasileiros até 13 de maio na CONSULTA PÚBLICA Nº 08 <a href="http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas">http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas</a> - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O neonatologista é o único profissional capacitado para reanimar um RN grave. Apenas um RN que precise de reanimação e esta não for realizada por médico treinado bastará para elevar o custo psicológico e financeiro para um RN com paralisia cerebral.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudos brasileiros demonstram que cerca de 4% dos recém nascidos de cesariana não urgente necessitam de ventilação com máscara e 0,3% de intubação. Dessa forma faz-se sim necessária a presença de pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo mostra que o VBAC em casa é seguro:<a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a> Estudos mostram que VCE com mais de 37 semanas é seguro e eficiente:<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a><a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a> Estudo mostra que a taxa de ruptura uterina é 0,2% e não impede um VBAC em casa.<a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O primeiro minuto de vida pode definir a qualidade de vida para sempre. É impossível dizer que um parto, seja normal ou cesário, não possa trazer a necessidade de atendimento imediato e adequado ao recém-nascido, realizado por profissional competente e habilitado, treinado para este tipo de atendimento. Apesar de algumas gestações serem classificadas como baixo-risco, não são SEM risco e a ausência de pediatra em sala de parto constitui um retrocesso com prejuízo à saúde infantil</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra. Tenho conhecimento do risco de óbito para o RN sem o especialista. Cesaria indicada eh por algum risco a gestante ou RN</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: lutar junto com a sociedade brasileira de pediatria e sociedade sergipana de pediatria p/ publicamente sensibilizar as autoridades da importância da presença do pediatra treinado em reanimação neonatal em todo tipo de nascimento de RN. A sociedade civil, notadamente mães e gestantes devem ser informadas da importância do pediatra na sala de parto, garantindo o direito dela em ter assistência adequada ao seu filho.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Concordo com o parecer emitido pela SBP - baseados nas evidências e nos argumentos apresentados reforço que é o Pediatra o profissional habilitado a prestar o primeiro atendimento ao Recem-Nascido na sala de parto (independente do parto ser operatorio ou normal)</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Acho um absurdo, um verdadeiro retrocesso dizer que não há necessidade de pediatra na sala de parto no caso de uma cesariana aparentemente sem risco. Todos sabemos da importância do pediatra no caso de hipoxia que muitas vezes são imprevisíveis e no quanto é importante na prevenção de seqüelas futuras.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em relação ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana) esse relatório considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante. Não concordo com essa recomendação, uma vez Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73)</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Importante a presença de pediatra na sala de parto, independente do tipo de parto ou condição clínica de paciente</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Hoje medicina baseada em evidências comprovam em diversos artigos comprovados em estudos as reais condições necessárias das cesareas. Sendo assim, no Brasil grande indice de cesareas desnecessárias é muito agravante. A organização Mundial de Saúde e o próprio Ministério da Saúde incentiva o parto natural. Parto natural é evento feminino e não É operação. Parto não é evento médico.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sabendo que 4% de todos os recém-nascidos necessitam alguma manobra de reanimação em sala de parto e que o impacto socio-econômico de um bebê com sequelas de asfixia é gigantesco para a família e para a união, considero indispensável a presença de pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O nascimento da minha filha por cesarea foi bem traumatiCo passei mal e tive reação a anestesia. Sempre quis PN, mas minha medica não me incentivou e fui passiva e atendi a decisão dela, acreditando ser o melhor para o meu bebe que nasceria entre natal e ano novo. Minha filha mamou depois de 8 horas do parto, pois o hospital estava cheio de crianças que nasceram naquela semana antes dos feriados. Na segunda gestação pesquisei, e acabei mudando de medico no oitavo mês, pq como estava informada a medica demonstrou desinteresse em me atender caso fosse PN. Foi totalmente diferente, nao tomei nenhum medicamento, nenhum, a recuperação foi ótima, porme tive uma assistência humanizada. As mulheres tem direito de escolha sim, porem acho que deveria entrar em trabalho de parto, o bebe merece isso, merece nascer na sua hora, no seu momento.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Ja existe evidencia clinica suficiente demonstrando a necessidade de pediatra e/ou profissional de saude devidamente treinado, em sala de parto. Mesmo os partos de baixo risco podem evoluir para complicacao, e a demora no atendimento ao recém-nascido pode levar a um aumento significativo da morbi-mortalidade neonatal.Deveríamos exigir que TODOS os nascimentos pudessem ser assistidos por um profissional habilitado</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto faz toda diferença naqueles nascimentos em que o Rn apresenta sofrimento fetal agudo. As sequlas de umal atendimento pode determinar um mau prognostico neurologico posteriormente.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Trabalhei durante 7 anos atendendo recém-nascidos em sala de parto. Pela minha experiência, creio ser totalmente imprescindível a presença de pediatra em sala de parto. Em torno de 15% dos partos têm algum tipo de complicação, desde as mais simples, até casos de parada cárdio-respiratória. Em todos eles a nossa atuação imediata é essencial para garantir um futuro sem sequelas para o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra na sala de parto é essencial, obrigatório, uma vez que imprevistos acontecem com frequência. Pediatra é o profissional treinado para uma rápida reanimação neonatal em sala de parto. Sabemos que o grau de comprometimento futuro do recém nascido anoxiado é diretamente dependente do tempo da anoxia e da demora nas manobras de ressuscitação. Tirar o pediatra da sala de parto é condenar a sociedade a um ônus desnecessário futuro em despesas médicas com sequelados de anoxia, escolas especiais sem contar o custo emocional pra essas famílias.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manifesto-me contrário à proposta no que se refere ao atendimento por outro profissional na sala de parto que seja um pediatra. Oferecer atendimento de outros profissionais ao RN neste momento crucial da vida humana é uma imprudência e negligência com potencial de sequelas irreversíveis e seguem na contramão de todas as evidências científicas acumuladas sobre o atendimento ao RN. Quanto às questões sociais que venham a ser consideradas, nada serão além de argumentos políticos. Nenhum cidadão, com possibilidade de pagar pelo serviço de um médico pediatra/neonatologista, seja por convênio ou particular, deixará de fazê-lo. Restará aos menos favorecidos a imposição do estado que, ironicamente, não lhes devolverá em serviços DE EXCELÊNCIA o que deles arrecadou em tributos. É mais uma (trágica) injustiça com milhões de brasileiros.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou a favor da presença de pediatra na sala de parto de todos os nascimentos.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A recomendação elaborada nesta consulta médica, não está de acordo com as evidências científicas disponíveis em nosso país. Um parto a termo, cefálico, não urgente também podem ter repercussões não previsíveis em recém-nascidos considerados de baixo risco, necessitando de reanimação neonatal, como ventilação balão e máscara. Inclusive uma cesárea não urgente o risco se comparado com parto vaginal para ventilação com balão e máscara aumenta. O atraso na reanimação ou a reanimação por profissionais não treinados ou desatualizados em relação ao último curso de reanimação neonatal, disponibilizado pela SBP, pode ocasionar lesões neurológicas graves por asfixia e inclusive, morte. Não justificativa para retirar a necessidade de um pediatra treinado em reanimação em qualquer tipo de parto, salvo em locais ermos onde não há pediatras disponíveis (devendo ocorrer a reanimação por outro porfissional também atualizado em reanimação).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: <a href="http://www.sbp.com.br/comunicacoes-publicas/presidencia-da-sbp-solicita-que-cada-pediatra-manifeste-sua-opinio-ate-135-na-consulta-publica-cuidado-ao-recem-nascido-na-sala-de-parto/">http://www.sbp.com.br/comunicacoes-publicas/presidencia-da-sbp-solicita-que-cada-pediatra-manifeste-sua-opinio-ate-135-na-consulta-publica-cuidado-ao-recem-nascido-na-sala-de-parto/</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como neonatologista já participei de diversas salas de parto onde teoricamente o Rn não necessitaria de reanimacao, porém na hora do nascimento se não houver um proficional qualificado isso pode fazer toda a diferença entre a vida e a morte. É fato que a equipe de enfermagem e outros profissionais precisam ser treinados para auxiliar e até mesmo para agir frente a uma situação dessas, mas isso não substitui a presença do neonatologista.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Qualidade de evidência LE4 Estudos comparativos não randomizados com grande viés, estudos retrospectivos, estudos transversais e série de casos. Os estudos incluídos na revisão do CNGOF para estabelecer local de parto e cuidados relacionados às mulheres com cesariana prévia são de muito baixa qualidade. Portanto a recomendação: "É recomendado que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar." deve ser revista, pois a baixa qualidade das evidências não caracteriza ser o ambiente hospitalar como o único seguro para um parto vaginal após cesárea. Estudos Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 apontam que Of the 1054 women who attempted a vaginal birth after cesarean, 87% were successful. Low Apgar scores (&lt; 7) occurred in 1.5% of newborns. O parto domiciliar acompanhado por profissional qualificado, não é contra indicado desde que haja realizado pré natal de qualidade, e na atual gestação não seja detectados alterações que atribuam maiores riscos ao parto, somente a existência de cesárea anterior não desqualifica a opção de um parto domiciliar assistido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Pediatra e membro do programa de Reanimação da SBP. Não concordo que o Pediatra seja excluído de prestar assistência em sala de parto nas cesáreas sem risco aumentado. O parto é sempre uma caixinha de surpresas e um RN pode nascer deprimido e banhado em LAM mesmo que não tenha sido evidenciadas alterações antes e durante o parto cesárea. Neste momento, o profissional com melhor preparo, que tem condições de reanimar o RN em todas as etapas é o Pediatra. As melhores evidências científicas disponíveis mostram que o nascimento de parto cesárea não urgente sob anestesia regional necessita de 4,7% de Reanimação com ventilação com balão e máscara e 0,3% destes nascimentos necessitam de intubação. Nascer de parto cesárea não urgente aumenta o risco em 42% de ventilação com pressão positiva ao nascimento. Assim como a SBP, acredito que a assistência em sala de parto deva ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o PEDIATRA</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como Obstetra acho indispensável a presença do Pediatra na sala de parto para garantir a assistência integral à saúde do recém-nascido e prevenir complicações e danos futuros à sua saúde. Mesmo que o parto não seja de risco!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero indispensavel a presença do PEDIATRA em TODAS as salas de parto CESARIANA.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial no momento do parto. Sou pediatra e já fiz muitas salas de parto de gestantes consideradas de baixo risco, com RN sem sofrimento fetal mas q tive q intervir e caso não estivesse presente a situação do RN teria se complicado bastante."Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30)". Negar esse direito à mãe e a criança seria um retrocesso!!!!A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Moro em uma cidade do para Canaã dos Carajás , onde o hospital municipal da cidade não tem pediatra na sala de parto e os óbitos neonatais são frequentes e os que não vão a óbito ficam sequelados , acho que está medida seria uma desastre .</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A parte do documento que versa sobre o risco de reanimação em sala de parto tanto cesario, quanto vaginal, está incorreto. Aproximadamente 10% dos recém nascidos vai precisar de ajuda para iniciar a respiração no primeiro minuto de vida (chamado minuto de ouro) sendo somente cerca de 1% que vão precisar de suporte avançado de respiração com ventilação com pressão positiva em tubo orotraqueal. Entubação traqueal é procedimento médico, aliás do neonatologista e deve ser realizada em até 20 segundos para ser eficaz e minimizar a hipóxia e sofrimento neuronal do bebê. Enfermeiras, outros profissionais de saúde não tem treinamento ou vivência neste tipo de suporte, e não adianta estarem em sala, para quando tudo der errado, chamar o pediatra, Pq a hipóxia JÁ aconteceu. É esse bebê já não vai mais ter desenvolvimento neurológico dentro do seu potencial genético. Esse documento vai contra todas as evidências científicas atuais que mostram que protegem a criança e fazem de tudo para que os filhos de todos, sejam ricos ou pobres, possam atingir seu potencial genético e ambiental de desenvolvimento físico e mental. Não adianta chamar o pediatra quando tudo deu errado! O bebê já entrou em sofrimento hipoxico pós natal! Espero que isto não entre em vigor. Pois só quem sofrerão seriam os pobres. E estes já sofrem muito. Os ricos continuarão a ter um suporte adequado, mas quem depender de maternidades regidas por esta diretriz sofrerão. Nem leitos de uti suficientes dispomos hj em dia para bebês com sofrimento isquêmico, isso vai piorar milhares de vezes. A maternidade vai virar matadouro. Espero não ter que vivenciar isto. Absurdo total.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Fatores de risco prévios não preveem todas as intercorrências que podem surgir em um trabalho de parto, quer seja transpélvico, quer seja cirúrgico. As intercorrências implicam riscos para a saúde do recém-nascido que são agudos e imediatos. A ausência de pediatra na sala de parto compromete o atendimento adequado destas intercorrências. São situações urgentes em que não é possível esperar a convocação de um pediatra que não esteja presente. Dispensar este profissional significa retornar à situação do início do século XX, um retrocesso absurdo e inaceitável.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Há inúmeras provas de que o parto normal (vaginal) de bebê em apresentação pélvica pode ser levado a cabo com segurança por profissionais treinados para tal. Também há muitas evidência científica sobre a realização de parto normal (vaginal) após uma cesariana, mesmo sendo em casa. A versão cefálica externa, também quando realizada por profissional bem treinado é segura. A cesariana a pedido deve ser esclarecida às gestantes de maneira clara, de forma que ela saiba os pós e contras de tal cirurgia.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Resido em um município no interior do Rio Grande do Sul, e como pediatra temos vários casos de gestantes que tem todo um pré-natal adequado e tem cesárea marcada eletivamente sem nenhum problema aparente sob anestesia regional e vários são os episódios que necessitaram de alguma ajuda inicial para melhorar uma cianose, uma bradicardia ou bradipinéia. Acredito que em cada situação há uma conduta adequada para o melhor resultado do problema e o profissional melhor habilitado é o Pediatra que convive todos os dias com essa rotina e não um profissional que é chamado só quando tiver uma ocorrência que passou por um curso de treinamento.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é necessidade inquestionável para a diminuição da mortalidade infantil. Seria um enorme retrocesso não termos um pediatra na sala de parto para o primeiro atendimento do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação pode aumentar a morbimortalidade neonatal e sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Todo recém-nascido deve ser assistido na sala de parto, por um médico com treinamento em reanimação neonatal, na impossibilidade total do médico, que a assistência seja prestada por enfermeiro(a) treinado no procedimento de reanimação, independente do tipo de via de nascimento. Qual o preço de uma vida? Não há justificativa para correr riscos de morte ou seqüela permanente em uma vida e sua família, por falta de assistência técnica adequada. Qualquer parto pode se transformar em uma emergência para o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Acho imprescindível a presença de pediatra na sala de parto em qualquer tpo de parto! Em cesariana, mais ainda.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de profissional habilitado em reanimação neonatal em todo nascimento, é imprescindível para garantir assistência adequada ao recém-nascido, minimizando assim os riscos de asfixia ao nascer e diminuição dos índices de mortalidade infantil pelo contingente neonatal, citando-se ainda, a contenção de custos para o Estado, que poderá acarretar a manutenção de crianças sequeladas.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Diretrizes de atenção a gestante e parto cesariana</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a presença do pediatra durante a cesariana seja de fundamental importância para a redução da mortalidade infantil.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Quanto à necessidade da presença do pediatra em todas as cesarianas, independente de idade gestacional ou fatores de risco, acho de suma importância, em concordância com as recomendações da SBP e da SOPERJ, visto que complicações inesperadas, mesmo em procedimentos considerados seguros, ocorram em mais de 40% dos casos. A imediata e eficiente reanimação, instituída o mais precocemente possível, contribui para prognósticos melhores de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Deixo claro, na qualidade de pediatra neonatologista e pesquisador na área da atenção à saúde do recém-nascido, a minha grande preocupação com o proposto nas páginas 62 e 63, onde se lê “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.”.Não obstante a pretensa redução de custos de assistência que se busca encontrar, cabe ressaltar que, conforme amplamente documentado na vasta literatura mundial sobre o assunto, inclusive à qual pessoalmente contribui, que o nascimento de recém-nascido deprimido (com baixa vitalidade e que necessita de cuidados especializados para iniciar respiração e adaptar-se à vida extra-uterina) é frequentemente imprevisível.A nossa prática profissional de mais de 25 anos no atendimento em sala de parto é recheada de exemplos de recém-nascidos deprimidos, sem que fosse a condição previsível ou houvesse identificação de condições de risco, de maneira especial em partos cesareanos.A demora de minutos à adequada atenção à saúde desses bebês pode ser definitiva para a limitação da chance de sobrevivida e vida livre de danos funcionais permanentes.O custo familiar e social de um único paciente atendido de forma negligente naquele momento é sim inestimável.Sobre o envolvimento de profissionais não médicos naquela assistência, saliento que este é realidade em países desenvolvidos, como o Canadá, onde já tive oportunidade de vivenciar o atendimento perinatal em serviço de referência. Entretanto, é fundamental ressaltar que a diferença do nível e complexidade de formação - teórica e de habilidades - e portanto de qualificação entre os profissionais de enfermagem (entenda-se enfermeiros, e não aqueles de nível técnico) do Brasil e Canadá é, infelizmente, abismal.Considerando que a CONITEC deve ter compromisso com a qualidade da assistência à saúde, antes daquele com a redução dos custos de assistência, considero uma temeridade a aprovação do texto tal como o apresentado.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a decisão de retirar o pediatra da sala de parto de cesarianas eletivas. Os estudos relatados nessas novas diretrizes não são fidedignos e ainda por cima são baseados somente no Apgar do recém nascido, uma medida que os pediatras sabem não predizer morbimortalidade. Existem outras várias situações que não englobadas no apgar e necessitam de cuidados imediatos de um pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Pediatra em sala de parto: é o único profissional habilitado a realizar todos os passos da reanimação neonatal, quando necessária.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Formação de profissionais enfermeiros obstétricos na perspectiva da Rede Cegonha.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Atuo como medico neonatologista em hospital terciário em Goiania onde atuo na preceptorii de residencia medica e sou professor efetivo de pediatria na PUCGO e UFG. O atendimento ao recém nascido tem apos continuas e duras batalhas melhorado com o passar dos anos e teve avanços consideráveis nos ultimos anos apos reconhecimento da necessidade de melhor atenção ao parto e aos cuidados nos primeiros dias de vida e no primeiro ano de vida. São inumeros os trabalhos nacionais e internacionais demonstrando melhora na morbimortalidade com adequada atenção ao parto e nos meses e dias que se seguem. muito embora a reanimação neonatal , por se tratar de uma sequencia logica de ações e reavaliações possa ser treinada por outros profissionais estes não teriam a expertise pra identificar nuances e situação atipica como comorbidades como hipertensão pulmonar cardiopatia, entre outras o que apesar de conhecerem os passos reduziria a eficiência e eficacia da reanimação. So mente o medico treinado e capacitados pra conhecimento infantil poderia sim dar um tratamento integral aquela criança. Em todos os fóruns se apregoa a visão de tratamento integral, a visão do ser como um todo e na hora da pratica se tenta regulamentar uma pratica sectária e um total retrocesso. Sinceramente a visão de não necessidade de um pediatra na sala de parto e ver o RN como partes e não como um ser completo dotado inclusive de direitos ao melhor tratamento. Outro ponto que me deixou confuso e colocar cesarea em RN sem sofrimento e mãe sem risco? Neste caso não ha cesarea e sim parto normal. O próprio ministério tenta diminuir o índice de cesarianas e agora coloca-se regulamentação de cesariana sem indicação</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra na sala de cesárea é essencial. Para fazer o primeiro atendimento para evitar a asfixia neonatal, prevenindo danos neurológicos futuros, para assistir o recém nascido prematuro em sua transição para a vida extra uterina, para identificar patologias ao primeiro exame e risco de desenvolvê-las.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sabe-se que 1 em cada 10 recém-nascidos vivos necessita de ventilação com pressão positiva logo ao nascimento, mesmo quando aparentemente não há fatores de risco para a asfixia neonatal. Apesar de que na maioria das vezes é possível identificar os partos necessitarão de reanimação neonatal, situações inesperadas podem ocorrer e a demora no início dos procedimentos pode acarretar danos irreparáveis ao bebê. Almeida et al demonstraram em 2010 que dos 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental, sendo que 4,7% dos nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% dos nascidos de parto vaginal necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração; e 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal necessitaram intubação orotraqueal. O estudo demonstrou que nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% de necessitar de reanimação neonatal ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: sou pediatra e neonatologista e digo quando não havia a obrigatoriedade de pediatra em sala de parto, havia uma incidência muito maior de sofrimento fetal em Rn de termo, distress respiratório em cesáreas iterativas, principalmente em termos limitrofes; e com a introdução do pediatra em sala de parto estes índices diminuíram, assim como o número destes pacientes indo para a UTI Neonatal,</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Deve haver um profissional habilitado em toda sala de parto para cuidar apenas do bebê, abrir mão é colocar nossos bebês em risco.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na Sala de parto é a única maneira de manter um atendimento padrão ou ao recém nascido. Na sua falta o RN corre alto risco de ter uma lesão permanente, principalmente no aspecto mental ou de vir a morrer.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Empresa fabricante da tecnologia avaliada	1ª: Necessidade de pediatra acompanhando parto cesariana. 2ª: -	
11/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Como professor de ensino superior=Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná não poderia deixar de comentar sobre a necessidade SUMÀRIA e IMPRECINDIVEL do Pediatra na sala de parto (cesárea ou parto normal) pois as complicações decorrentes de uma hipóxia ao nascimento não atendida emergencialmente e com os conhecimentos de um profissional competente (medico pediatra) serão graves e irreversíveis. É inadmissível nos dias de hoje não oferecer esta segurança à todas as gestantes. 2ª: -	
11/05/2015	Outra	1ª: É recomendada a presença de um pediatra na sala de parto, seja este normal ou cesariana, devidamente treinado em Reanimação Neonatal. 2ª: -	
11/05/2015	Instituição de saúde	1ª: A paciente tem direito a escolha sobre a maneira que deseja ter o seu parto. Após ser orientada, se a paciente, que hoje em dia não está acostumada a ter dor, e toma analgésicos para a menor cólica, deseja ter o seu parto via cesariana, se a cesariana for no tempo certo, é um parto tão ou MAIS SEGURO para a paciente e para o recém nascido do que o parto normal. Podemos comprovar este dado, comparando os números de crianças com paralisia cerebral que nascem de cesariana, e de parto normal, cujo número é enorme. 2ª: -	
11/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: contra a violência obstetra 2ª: -	
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	1ª: Como pediatra tenho o dever de votar contra a medida da não obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto em casos de ausência de risco , uma vez que há um retrocesso enorme nessa medida, aumentando o número de mortes neonatais além aumentar a morbidade com sequelas graves para essas crianças, o que acarretará transtornos familiares e um incremento nos gastos públicos. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e principalmente como PAI acho um estrondoso retrocesso retirar o pediatra da sala de parto, seja quais forem as justificativas pseudocientíficas!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Contra</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A paciente tem o direito de escolha quanto ao tipo de parto que deseja, após ser orientada sobre os tipos de parto disponíveis. A possibilidade de que os planos de saúde não paguem as despesas do parto cesariana a pedido da paciente é uma violação ao direito da paciente sobre a decisão do que fazer com o seu corpo!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nenhum parto pode ser considerado de baixo risco. De uma hora pra outra a situação pode mudar e sempre será necessário a presença de um profissional capacitado .</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de pediatra na sala de parto seja ele normal ou cesareo de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É importante e imprescindível a presença do PEDIATRA TREINADO na assistência ao recém nascido em Sala de Parto, mesmo nas cesareanas em que se espera pacientes hígidos e sem hipóxia. Vários fatores que não estavam programados podem transformar uma situação em urgência e um profissional devidamente habilitado, capaz de aplicar todos os recursos que a boa técnica e que a Medicina Baseada em Evidências prevê pode significar ter um bebê saudável ou uma criança com grave retardo de desenvolvimento ou mesmo óbito. Sabe-se que em 2005/2007, 15 recém-nascidos morreram ao dia em nosso país devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles A TERMO E SEM MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS. Os erros, os enganos, a omissão na Sala de Parto não são recuperados com o atendimento posterior. Além disso, pediatra na Sala de Parto, se o bebê nasce em boas condições tem outras importantes funções - estimular o aleitamento materno, o contato pele a pele da mãe com o recém-nascido e o estabelecimento deste vínculo tão importante. Abrir mão da presença do pediatra na Sala de Parto é dar passos para trás na assistência à mãe a o recém-nascido e abrir a possibilidade de aumentar as taxas de mortalidade neonatal-um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de pediatra com treinamento em reanimação neonatal em todos os nascimentos, inclusive os de baixo risco. A incidência de complicações é baixa nas gestações de baixo risco somente porque os recém-nascidos são atendidos e reanimados imediata e adequadamente. Como já está bem estabelecido na literatura, existe o minuto de ouro, no qual a intervenção de um profissional devidamente treinado se torna a diferença entre uma criança saudável e um asfixiado. Na atualidade é inadmissível expor os bebês a um risco desnecessário. Sem a presença do pediatra na sala de parto, aumentará em muito o número de crianças com necessidade de internamento em UTI neonatal, assim como o número de óbitos neonatais e crianças com sequelas neurológicas!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Julgo imprescindível e insubstituível a presença de pediatra na sala de parto devido à importância do atendimento prestado ao recém nascido no primeiro minuto de vida (Golden Minute ), implicando no desfecho clínico do RN, evitando mortes e cobormidades relacionadas a intercorrencias do parto ou próprias do recém nascido. Apenas o pediatra é o profissional capacitado para reconhecer situações de risco à vida só bebê e agir imediatamente garantindo atendimento adequado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: As diretrizes do governo para a cesariana praticamente extinguem o partopélvico vaginal, coíbem a tentativa de parto normal após cesárea em casa ecoíbem versão cefálica externa após 36 semanas. Ao mesmo tempo assumem edão bastante liberdade para a cesariana a pedido. Além da falha dametodologia e das referências. É necessário rever tudo isso de forma urgente!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra capacitado em Reanimação Neonatal na Sala de Parto é fundamental para garantir a boa saúde do recém nascido, independente do parto ser eletivo ou de urgência, o que já tem evidência científica comprovada por estudos prospectivos realizados. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Segundo estas publicações o risco de RN em cesárea não urgente é ainda maior que parto vaginal!-- Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30-- Resuscitation 2012;87:869-73</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: como pediatra, considero fundamental a presença do pediatra na sala de parto, para qualquer tipo de parto, para assegurar o atendimento correto do recém-nascido</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Concordo que o pediatra deva estar presente nas cesarianas onde há risco, como sofrimento fetal, bradicardia, prematuridade, apresentação pelvica, gemelaridade, descolamento prematuro de placenta, cesariana eletiva, etc. Já ficou comprovado em estudos científicos que o pediatra na sala não muda o desfecho de um bebê fora de risco. O mesmo deverá estar de plantão no hospital e ser acionado quando necessário. De forma que profissionais habilitados a reanimar o RN (enfermagem) possam iniciar os primeiros passos da reanimação, pois sabe-se que a maioria dos bebês que necessitam de reanimação melhoram com a VPP, pouquíssimos casos necessitam de intubação, e, geralmente já se sabe ser uma cesárea de risco. Seguem estudos:  <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/7588972">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/7588972</a>/<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16737472">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16737472</a>/<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/9015023/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/9015023/</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é indispensável na sala de parto, independente da criança ser de risco ou não.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou representante da sociedade de pediatria do Paraná, presidindo o Departamento de neonatologia e fazemos um trabalho de treinamento médico e de profissionais de saúde em todo o Brasil junto à Sociedade de Pediatria Brasileira no intuito de diminuir óbitos na primeira semana de vida relacionada à asfixia e sabemos segundo dados do programa de REanimação disponível no site da Sociedade Brasileira de pediatria que em cada 100 nascimentos 1 vai necessitar reanimação e para isso temos que ter em todos os nascimentos 1 pediatra apto para o atendimento inclusive intubação e aspiração de mecônio se for necessário</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Diversas pesquisas epidemiológicas mostraram que mesmo RN a termo e sem fatores de risco podem apresentar necessidade de cuidados médicos como ventilação com pressão positiva, intubação ou uso de drogas. Sendo impossível através de dados anteriores ao nascimento prever o Apgar ou necessidades deste RN. Informações epidemiológicas constam no manual de reanimação neonatal da sociedade de pediatria</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Como Pediatra repudio a proposta do ministério da saúde de tornar dispensável a presença de pediatra na sala de parto. Ao invés de proporcionar uma melhora na saúde o MS tenta baratear os custos retirando o profissional que pode ser a diferença entre a viabilidade do RN e a sua morte ou sérias sequelas neurológicas. Na verdade, o que o MS vai poupar em gastos com neonatologistas irá gastar em dobro ou muito mais para tratar neonatos sequelados em UTIs pediátricas e fisioterapia neuromotora pelo resto da vida, além de gerar brasileiros incapazes para produzir, apenas gerando despesas. Se hoje as maternidades já entregam irresponsavelmente e indevidamente os cuidados do RN às técnicas de enfermagem, se a proposta for aceita, as prefeituras não se esforçarão por contratar profissionais mais qualificados. É triste a política do ministério da saúde de desvalorização do profissional médico. Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Eduardo da Silva</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>VazPresidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É inaceitável a ausência do pediatra na sala de parto, é o único profissional habilitado a fazer diagnóstico e procedimentos da maneira correta , onde o primeiro minuto decide o prognóstico do recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Considero um retrocesso a não presença de um pediatra na sala de cesárea, visto que isso não está embasado em evidências científicas. as evidências mostram que 1 em cada 10 RN necessitam de algum tipo de auxílio de um profissional ( pediatra) na sua transição da vida intrauterina para a vida extra-uterina.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É sabido pela pratica médica que as chances de um parto vaginal ou cesariana de bebê a termo complicarem são pequenas, mas para aqueles recém nascidos em que esse evento complicador ocorre, a presença de um pediatra apto para realizar as manobras de reanimação com bolsa-válvula-máscara são fundamentais para evitar sequelados neurologicas irreversíveis...</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém nascido ,independente de ser termo ou prematuro ,deve ser feito exclusivamente pelo médico pediatra , uma vez que sequelas neurológicas são irreversíveis e se não forem evitadas ,com uma reanimação neonatal adequada , não será possível qualquer reabilitação futura dessas lesões .</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com a retirada do pediatra da sala de parto! <a href="https://www.sbp.com.br/servicos/programas-de-reanimacao/programa-de-reanimacao-neonatal/">https://www.sbp.com.br/servicos/programas-de-reanimacao/programa-de-reanimacao-neonatal/</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou favoravel a presença obrigatoria de pediatra em sala de parto, ja que nem sempre a evolução desfavoravel pode ser prevista. Considero um retrocesso expor um bebe a uma situacao de risco aue poderia facilmente ser revertida caso houvesse um pediatra na sala de parto. A presença dele é fundamental caso haja hipoxia periparto, condicao relativamente frequente e que traz grande morbidade ao bebe.</p> <p>2ª: Sou a favor da pivr escolha pela mae da via de parto. Ja que a mulher deve ter autonomia sobre seu corpo e a forma como nascera o bebe</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: ATENDO EM SALA DE PARTO E MESMO EM CESÁREAS DITAS ELETIVAS, COM RN A TERMO, TEMOS MUITAS VEZES QUE REALIZAR PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO, POIS O RN NASCE DEPRIMIDO. E A DEMORA NO ATENDIMENTO PODE COMPROMETER A QUALIDADE DE VIDA DESSE RN.PENSO SER DE SUMA IMPORTÂNCIA, A PRESENÇA, EM SALA DE PARTO, DE MÉDICO COM QUALIFICAÇÃO PARA ATENDIMENTO AO RN.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra, neonatologista e intensivista considero a medida de retirar o pediatra do atendimento ao RN de baixo risco um retrocesso aos avanços de saúde e acima de tudo a negação ao direito de assistência especializada ao nascimento da criança, contrariando a constituição no zelo a manutenção da saúde e ao estatuto da criança. Saliento que não existem partos sem riscos - ou seja - com 0% de complicações ou 100% sem risco. A divisão em baixo ou alto risco é classificativa. Isto não isenta que um parto de baixo, digo baixo e não sem risco, não necessite de pediatra. Sabemos que um parto de "baixo" risco pode sim ter complicações intra-parto que necessite de um profissional qualificado em reanimação neonatal, no caso o pediatra, preferencialmente, neonatologista. Provado cientificamente que cada 30 segundos sem oxigenação adequada aumenta em 16% o risco de mortalidade e sequelas neurológicas. Na UTI neonatal, recebemos diversos RN vindos de partos sejam normais ou cesarianas de baixo risco, que evoluíram desfavoravelmente e necessitaram de reanimação e UTI neonatal. Negar o direito a qualquer RN do profissional adequado e voltado para ele e medida de irresponsabilidade política e social, condenando os RN a um risco de óbito ou sequelas neurológicas elevadas. O preço a se pagar será muito alto - será o preço de uma vida</p> <p>2ª: Ainda como médica e cidadã é lamentável ver um governo propor uma medida destas, que vai em oposição a todo processo científico e de desenvolvimento científico sobre os cuidados com o RN e assistência neonatal. Vivemos num país, onde o pré-natal público é extremamente inadequado, incompleto e ineficiente, desta forma considero parto do princípio que toda gestação tem risco, e toda criança merece o direito a ter um médico adequado e voltado para sua assistência e reanimação.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Outra	<p>1ª: como médica neonatologista e sabendo que o nascimento é uma caixinha de surpresa, e que esse momento talvez seja o mais importante na vida de um indivíduo e imprescindível pediatra treinado em reanimação neonatal na sala de parto. É crucial para evitarmos sequelas nos RNs. Gostaria de colocar que os responsáveis por esse protocolo gostariam que seus filhos, netos e afins tivessem seu nascimento sem assistência pediátrica?????</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Completo absurdo retirar o pediatra da sala de parto, pois qualquer pessoa com um mínimo de informação sabe a diferença de prognóstico em apenas 5 minutos de um recém-nascido na sala de parto em sofrimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: 1) <b>Apresentação pélvica</b> Há evidências que fetos em apresentação pélvica beneficiem-se da cesariana eletiva em vez de parto vaginal. 2) <b>Gestação múltipla</b> Na presença de gestação gemelar, monoamniótica ou diamniótica, com ambos os fetos em apresentação cefálica, há consenso de que o parto vaginal é seguro. Existem poucos trabalhos sobre o assunto, mas a maioria mostra-se favorável ao parto vaginal. Nos casos de gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica e o segundo feto em apresentação pélvica ou situação transversa após a 35ª semana de gestação, o resultado neonatal do 2º gêmeo não é influenciado significativamente pela via de parto. Neste caso, se não existir outra indicação para cesariana, recomenda-se o parto vaginal. Nas gestações gemelares com ambos os fetos em apresentação pélvica ou o primeiro pélvico e o segundo cefálico, recomenda-se a realização de cesariana em vista de possível maior morbimortalidade fetal. Nas gestações trigemelares também se recomenda cesariana. 3) <b>Nascimentos pré-termo / Fetos pequenos para a idade gestacional</b> Não há evidência epidemiológica que mostre melhor desfecho neonatal com a realização de cesariana na presença de fetos pequenos e/ou prematuros. Os estudos ainda apresentam maior morbidade materna nos casos submetidos à cesariana. 4) <b>Placenta prévia</b> Indica-se cesariana em gestações com placenta prévia oclusiva. Gestações com placenta marginal podem ser submetidas ao trabalho de parto desde que com monitorização adequada. Vinte e sete por cento das pacientes com diagnóstico de placenta prévia com 32 a 35 semanas não mais apresentarão placenta prévia no termo. No grupo restante, recomenda-se cesariana antes do trabalho de parto. 5) <b>HIV</b> Sabe-se que a transmissão vertical do HIV está intimamente relacionada com a carga viral materna. Pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável, possuem chance de 0% a 5% de transmitir a infecção para o feto. Assim, recomenda-se atingir a menor carga viral possível durante a gestação. Vários estudos têm demonstrado também o benefício da cesariana eletiva (fora do trabalho de parto e com membranas íntegras) em prevenir a transmissão vertical do HIV. Segundo uma meta-análise que envolveu 15 estudos prospectivos, incluindo 8.533 gestações HIV+, a interrupção por cesariana eletiva reduz em 50% a taxa de transmissão do vírus. O mesmo estudo sugere que o benefício da via alta possa ser estendido para as pacientes em que ocorre a ruptura de membranas próxima à realização da cesariana. Apesar do benefício comprovado da cesariana, todos os trabalhos possuem uma grande limitação que é não incluir a carga viral materna. Até o momento não existe estudo adequado que inclua carga viral e cesariana como variáveis preditoras de transmissão. Entretanto, há suposições que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml não teriam vantagem na realização da cesariana. O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável possam ser submetidas ao parto vaginal. Situações em que a carga viral está acima deste valor ou não pode ser avaliada, devem ser manejadas com cesariana eletiva. É importante lembrar que o status sorológico determinado pelo nível de CD4 está associado à incidência de complicações pós-cesariana. Entretanto, as pacientes HIV+, independente da contagem de CD4 ou de outros fatores de risco, possuem morbidade maior quando submetidas à cesariana, seja de emergência ou eletiva, quando comparadas ao parto vaginal. As complicações mais frequentes são: febre, infecção do trato urinário, endometrite e hematoma. 6) <b>Herpes simples</b> Quando a lesão herpética decorrer de primo-infecção, o risco de transmissão fetal por parto normal é de 30% a 50%. Quando a lesão for ocasionada por infecção</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>recorrente, o risco cai drasticamente para 3%.Apesar de não haver estudos randomizados, fetos de pacientes que apresentem no momento do parto lesão de herpes ativa (seja primo-infecção ou recorrente) beneficiam-se da realização de cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: As evidências científicas mostram que a reanimação neonatal realizada por profissional capacitado, no caso pediatra, no momento oportuno diminui a chances de desenvolver sequelados neurologicas. Visto que os recém nascidos de parto cesariana, em geral, nascem com algum tipo de desconforto respiratório e necessita de cuidados, a não presença do pediatra na sala de parto pode colocar em risco a vida do bebê. Desta forma, acho imprescindível a presença do pediatra na assistência ao recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A favor da presença de pediatra em sala de parto em todas as ocasiões</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Tenho 33 anos de experiência como Médico Pediatra. Fiz Residência Médica em Pediatria e também prestei prova de especialista junto a Associação Médica Brasileira - Sociedade Brasileira de Pediatria. Posso afirmar com categoria que o Pediatra é imprescindível no atendimento ao recém-nascido, tanto na assistência ao parto normal ou cesariana, parto de risco ou não de risco. Prestei assistência ao recém-nascido em muitos partos e quando, aparentemente estava tudo bem com a mãe e o feto, nasce um bebê que necessitou do meu atendimento especializado. Com toda a formação e experiência acumulada sugiro que jamais se tire do pediatra essa função, pois nenhum outro profissional de saúde está habilitado para essa função. Há treinamento específico durante a Residência Médica em Pediatria que o capacita para essas funções. Estou com 62 anos e, por opção, não faço mais assistência ao parto. No entanto os meus filhos tiveram atendimento por pediatra e minha primeira neta também. Desejaria que todas as crianças no serviço público ou privado fossem agraciadas pelos cuidados de um Pediatra, reduzindo com certeza a morbidade e mortalidade dos nossos pequenos e indefesos pacientes. Atenciosamente. Luissaulo Cunha. Médico Pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo porque o conhecimento teórico e prático do médico pediatra é maior do que a de qualquer outro profissional na assistência ao recém nascido. Além disso, mesmo na chamada cesaria sem fator de risco existe muitos contratempos não diagnosticados no pré natal , por exemplo: mal formações de face que dificultam muito a intubação , bebês cardiopatas que necessitam de raciocínio diagnóstico quanto às drogas que devem ser iniciadas logo após o nascimento( muitas cardiopatias não são diagnosticadas no pré natal), complicações relacionadas à anestesia etc.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Como pediatra formada há mais de 15 anos, entendo ser totalmente absurdo dispensar a necessidade do pediatra na sala de parto, isso irá contribuir com o aumento de anóxia neonatal, crianças que ficarão com sequela neurológica e gravidade de quadros respiratórios causarão com certeza maior tempo de internação. Baseada em evidências também que o golden minute ou seja primeiro minuto de vida é essencial para que a criança se desenvolva com saúde, insisto que as mães e os pequenos pacientes devem ser respeitados e ter direito pleno a saúde com atendimento de qualidade, sem mais.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo tirar o pediatra da sala de parto!!! Não tem como prever quem bebê vai precisar de uma assistência desse profissional!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Empresa	1ª: falta a estatística no número de complicações do parto normal , por exemplo: paralisia cerebral, fratura de clavícula, neomortalidade por anoxia intra parto, rotura perineal com laceração de reto, lesões de bexiga, infecções na episiotomia, etc.... esses dados não são relevantes??? 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Observando as considerações feitas nas Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação CesarianaPágina 17 “Em condições ideais, a operação cesariana é uma cirurgia segura e com baixa frequência de complicações graves. Além disso, quando realizada em decorrência de razões médicas, a operação cesariana é efetiva na redução da mortalidade materna e perinatal. Desta forma, seu valor na obstetrícia moderna deve ser reconhecido e enaltecido.”Página 18 “Enfatizam-se aqui as implicações da cesariana na morbimortalidade materna e neonatal, contudo, a operação afeta diversos outros aspectos, incluindo a formação do vínculo materno-infantil, o custo, o futuro reprodutivo da mulher e possíveis repercussões de longo prazo deste modo de nascer na criança (5)”. “Estas causas incluem a maneira como a assistência ao nascimento é organizada em nosso país, ainda bastante centralizada na atuação de obstetras individuais em contraposição à abordagem multidisciplinar e de equipe, as características socioculturais, a qualidade dos serviços que assistem aos partos que frequentemente é sub-ótima ou que deixa a desejar em sua capacidade de acolher a mulher e as características da assistência pré-natal, que comumente deixa de preparar as mulheres para o parto de forma adequada. Portanto assume-se que há risco associado à operação cesariana, mesmo sendo a cesariana muito bem indicada e mesmo naquelas sem caracterização de sofrimento fetal e ou sob anestesia geral. Assume-se também que a qualidade dos serviços é sub-ótima e que o pré-natal deixa de preparar as mulheres para o parto de forma adequada. Além disso, indica-se a cesariana nas seguintes situações, como demonstradoPágina 10“Apresentação pélvica: A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal. Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto. Qualidade de evidência 1a”.“Gestação múltipla: No caso de gestação gemelar não complicada cujo primeiro feto tenha apresentação não cefálica, a cesariana é recomendada. Qualidade de evidência 3”.A apresentação pélvica está associada a maior necessidade de reanimação. Fetos em apresentação pélvica apresentam chance 12,9 vezes maior de nascer com índice de Apgar no 5º minuto menor que 7 quando comparados com fetos em apresentação cefálica. (Rev Bras Ginecol Obstet. 2012 Aug;34(8):381-5) Página 11“Placenta prévia A cesariana programada é recomendada como forma de nascimento para fetos que têm placentas centro-total ou centro-parcial. Qualidade de evidência 3”“Placenta baixa e acretismo placentario Um exame ecográfico com Doppler é recomendado em mulheres com cesariana prévia e suspeita de placenta de inserção baixa entre 32-34 semanas para investigação de acretismo placentário. Caso o diagnóstico de placenta acreta seja sugerido pelo exame ecográfico, é recomendada a Ressonância Nuclear Magnética nos lugares em que o exame esteja disponível com a finalidade de investigar a extensão da invasão. Em gestantes com acretismo placentário: É recomendado programar a operação• cesariana; É recomendada a presença de dois médicos obstetras, anestesista e pediatra para o procedimento. É recomendada a tipagem sanguínea e a reserva de hemoderivados para eventual necessidade durante o procedimento. É recomendado que o hospital de assistência• tenha condições de suporte para pacientes em estado grave de saúde. Qualidade de evidência 3 Qualidade de evidência 3/4”.Como visto diante da possibilidade de hemorragia é recomendada a presença do pediatra.Página 62 “Uma Coorte avaliando escore de Apgar nos RN de cesariana (com anestesia regional) e</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>parto vaginal demonstrou que o risco do RN apresentar índice de Apgar menor que 4 no 1º minuto foi maior naqueles nascidos de cesariana (RR 3, 04 95% IC 1,80- 5,13) (85) (qualidade de evidência 2b).”Estudos mostram que nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco da necessidade de reanimação. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%; 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos a termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).O que indica a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal quando do nascimento é a presença de fatores de risco que podem ou não estar associados à operação cesariana. Uma operação cesariana associada à apresentação pélvica, gemelaridade, hemorragias do segundo ou terceiro trimestre e outros indicam com certeza a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal. (Resuscitation. 2008 Dec;79(3):444-52; Kattwinkel J, ed. Textbook of Neonatal Resuscitation. 6th ed. American Academy of Pediatrics and American Heart Association; 2011;Dentro desse contexto, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em qualquer tipo de cesariana está fortemente recomendada. A cesariana deve ser realizada por médico obstetra e portanto o profissional que deve atender o recém-nascido é o pediatra (profissional melhor capacitado para assistir o recém-nascido).</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de questionar a orientação em relação aos cuidados com o recém nascido em parto cesariana , sendo considerada a presença de Pediatra em sala de parto desnecessária em casos de feto termo , sem sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para a gestante.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.Conforme orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria , "a Assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado para tal, ou seja, o Pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal".Concordo que o atendimento seja prestado por outro profissional treinado em reanimação apenas em locais em que a presença do Pediatra não seja possível.Solicitar a presença do Pediatra apenas quando a reanimação por outro profissional não for efetiva pode significar a perda de minutos imprescindíveis para a sobrevivência desse Rn. Nesse momento, o atraso em alguns segundos no atendimento adequado pode deixar como consequência a morte desse Rn ou sequelas irreversíveis para toda uma vida.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Sobre parto vaginal domiciliar PLANEJADO, com cesária prévia: O risco de ruptura uterina (0,2%) é previamente discutido e temos hospital à disposição com distância não superior a 15 minutos em caso de emergência. Não concordo com a recomendação explícita de que parto normal após cesariana deva ser necessariamente acompanhado no hospital. Também discordo da recomendação de VCE com 36 semanas. e não fazer VCE após 37 semanas. As evidências corroboram VCE até o início do trabalho de parto. Também discordo da recomendação de cesariana para todos os partos pélvicos, em verdade, a literatura e revisões atualizadas do tema não expressam que a cesariana seja uma indicação absoluta para fetos de apresentação pélvica! Embora alguns artigos demonstrem a diminuição da mortalidade neonatal com o uso da cesariana para fetos pélvicos, também é verdade que nem todas as equipes estão preparadas/habitadas a atender parto vaginal de feto pélvico, contribuindo para desfecho mórbido, devido ao despreparo. Contudo, tal quadro mostra a necessidade de atualização desses profissionais - reciclagem de conhecimentos e práticas, inclusive de nossas obstetras- não a recomendação de evitar-se a via vaginal para este tipo de apresentação. Isso é praticar uma Medicina Defensiva, em detrimento ao desejo e arbítrio de muitas das nossas pacientes- que estando cientes dos riscos envolvidos em ambas as vias de parto- desejando parir via vaginal, não se encontraram amparadas, pois tal contra indicação da via baixa, infelizmente reforçará o descaso atual em se adquirir conhecimento e treinamento para atender esse tipo de parto. O qual continuará acontecendo, independentemente das nossas vontades, visto que muitas vezes pacientes nessas condições, sem pré-natal e conhecimento prévio dessa condição, já chegam às maternidades em pleno período expulsivo!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É inaceitável a ausência do pediatra na sala de parto, é o único profissional habilitado a fazer diagnóstico e procedimentos da maneira correta, onde o primeiro minuto decide o prognóstico do recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Minha contribuição está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis que trazem um risco real, uma vez se tratando não apenas de sobrevivência mas sobretudo de qualidade de vida. Os estudos revelam a necessidade de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração em um percentual de nascidos de parto normal e/ou cesariana de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: • Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). • A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. • Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). • Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. • Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. • O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25. Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng. ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Trabalhei durante 27 anos em sala de parto como pediatra assistindo aos recém-nascidos e orientando estudantes da graduação de medicina, além dos residentes de pediatria e neonatologia. No meu hospital nascem em média 300 crianças por mês e em inúmeras vezes vi mulheres sem nenhuma história para risco parirem bebês que precisaram de reanimação neonatal desde a mais simples até a intubação traqueal, para terem salvas suas vidas. Como pediatra, como supervisora do programa de residencia em pediatria e neonatologia, como mãe e cidadã, considero um equívoco lamentável e uma perda para a população que depende exclusivamente do SUS, ser privada de um atendimento digno, justo e verdadeiro, como merecem TODAS as crianças brasileiras.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo realizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com busca ativa nas 27 Secretarias de Estado da Saúde dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida em 2005, 2006 e 2007, evidenciou que 15 bebês brasileiros morreram ao dia por causas associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo, com peso ao nascer em média de 3170g e sem malformações. Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. No Brasil a cada ano, estima-se que 280.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, incluindo cerca de 32.000 prematuros com peso abaixo de 1500g. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e que a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Devido ao risco comprovado inerentes a todo e qualquer tipo de parto, seja ele vaginal ou cesariana, é importante o pediatra para realizar manobras de ressuscitação neonatal. Caso isso seja perdido, estaremos em frente a um retrocesso predispondo as nossas crianças a apresentar encefalopatia hipóxica isquêmica, diminuindo a qualidade de vida da criança e dos pais e aumentando os custos da saúde e diminuindo o tempo de trabalho desta família.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Quem elaborou esse documento esqueceu do recém-nascido e da importância do pediatra na sua assistência. Enquanto lutamos e trabalhamos arduamente para melhorar a assistência perinatal, esse documento vem na contra-mão do que defendemos em relação a assistência ao recém nascido. Um absurdo um Profissional treinado em reanimação neonatal somente ser recomendado em cesárea de risco. Pois uma gestação é baixo risco apenas até ela não ser mais. Nesse documento o recém-nascido sequer tem direito a ter pediatra, o que dirão as mães vendo seus filhos não sendo assistidos adequadamente por alguém qualificado ma vigencia de qualquer intercorrença?!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Não há evidências clínicas que a morbimortalidade materna aumente no parto normal após cesárea, desde que seguidos os protocolos específicos de acompanhamento do trabalho de parto. Assim, nada que contra-indique a realização de tal parto no domicílio.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo pediatra treinado em reanimação neonatal. O primeiro minuto de vida é um minuto de ouro e as sequelas resultantes de asfixia por ocasião do parto tem um custo inestimável. Os dados de morbidade e mortalidade decorrentes da falta de assistência qualificada aos recém-nascidos são mascarados por supostas mal formações congênicas e infecções bacterianas.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo de retirar o pediatra de qualquer sala de parto. Não há profissional mais habilitado para o procedimento. Isso acarreta retrocesso na saúde, principalmente se a criança nascer com algum problema.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênicas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra treinado em reanimação neonatal é fundamental em todoE qualquer atendimento de sala de parto, seja ela parto vaginal ou cesareana, uma vez que mesmos em gestações de baixo risco existe a possibilidade de o recém nascidoprecisar de atendimento/reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deve haver pediatra em todas as salas de parto, a fim de haver o melhor profissional habilitado possível no atendimento ao RN. Para uma família, um nascimento é importantíssimo, 100% da estatística desse casal!</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: É extremamente necessária a presença de um pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Impossível considerar a retirada do pediatra da sala de parto. Apesar de exames facilitarem na antecipação de uma possível asfixia perinatal é impossível prever e assegurar que não ocorrerá. E quando a criança nascer com asfixia, precisar de uma intubação e reanimação de urgência? Pode ter certeza que a mãe que terá o filho sequelado ou pior, morto. Sentirá a falta de ter tido um pediatra para a recepção de seu rn.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Evoluímos para naturalmente concebemos. Hoje com o os conhecimentos e técnicas da medicina, é possível que uma mãe, em situação de risco possa ter seu filho, com auxílio médico, entretanto a técnica está para ser usada apenas quando o natural não ocorre, salvando muitas mães e crianças. A cesária usada sem critério é um afronte a evolução e perpetuação da espécie.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou frontalmente CONTRA a portaria do MS 371, que não exige pediatra em sala de parto. O pediatra é INDISPENSÁVEL na sala de parto, em qualquer circunstância. É um CRIME que os bebês não recebam o tratamento digno e com segurança que merecem e deve ser obrigatório.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Novo estudo sobre asfixia pós-parto texto da sociedade de Pediatria de São Paulo. A asfixia ao nascer contribui, no Brasil, para a morte precoce (até sete dias) de cinco bebês nascidos no tempo certo (“a termo”) por dia. “Estamos falando de crianças sem malformações, não prematuras e, portanto, de óbitos evitáveis”, diz a dra. Maria Fernanda Branco de Almeida, que divide com a dra. Ruth Guinsburg, a coordenação do Programa de Reanimação Neonatal da SBP e da pesquisa divulgada agora. Coletando dados diretamente das declarações fornecidas pelas Secretarias estaduais de Saúde, o estudo chegou a 21.377 óbitos sem anomalias congênitas associados à asfixia ao nascer, de 2005 a 2009. O número corresponde a 12 mortes evitáveis diárias de bebês, sendo que cinco delas ocorreram em crianças que nasceram no tempo certo – metade nas regiões Norte e Nordeste; 45% nas primeiras 24 horas de vida, indicando inadequação da assistência antes, durante e logo após o parto. Além disso, 57% ocorreram em hospitais públicos e 67% fora das capitais. Em 40% dos casos foi preciso fazer a transferência da gestante ou do bebê para outro município, o que indica necessidade de regionalização do cuidado perinatal, treinando obstetras e pediatras, dentre outros profissionais. Só em 2010, de acordo com as pesquisadoras, faleceram com asfixia perinatal 3.758 bebês sem malformações, o que representa 11 óbitos por dia, dos quais quatro a cinco chegaram ao mundo no tempo certo e sem malformações congênitas. “A situação, portanto, é preocupante, salienta a dra. Ruth. A mortalidade neonatal tornou-se, nos últimos anos, o componente mais importante da mortalidade infantil e registra diminuição, mas ainda muito lenta. Mesmo nas estimativas mais recentes dos óbitos até um ano de idade apresentadas pelo Ministério da Saúde (14,6 por mil nascidos vivos em 2013), a taxa de mortes neonatais representa 10,2 (por mil nascidos vivos) ou quase 70% do total. “Vem sendo assim a década inteira”, ressalta a dra. Maria Fernanda. Se nascem no Brasil três milhões de crianças ao ano, são aproximadamente 30 mil vidas perdidas apenas nos primeiros 27 dias. Diferença e importância Os números do DataSUS contemplam apenas a causa principal de óbito, enquanto na pesquisa da SBP foram analisadas “todas as linhas” das planilhas, incluindo aquelas em que a asfixia ou Síndrome de Aspiração de Mecônio aparecem associados à causa principal. “Isso é mais real”, diz a dra. Fernanda. “Para a elaboração de estratégias de políticas públicas é preciso uma análise completa”, frisa a dra. Ruth. A pesquisa do Programa de Reanimação Neonatal da SBP tem entre suas pesquisadoras também as dras. Rosa Maria Vaz do Santos, Lícia Maria Moreira e Mandira Daripa. Sobre os dados, as coordenadoras explicam que são “finalizados” cerca de um a dois anos após sua ocorrência e é quando realizam a busca ativa junto às Secretarias, analisando sua consistência. Quanto ao Programa de Reanimação Neonatal da SBP, foi criado em 1994 e já certificou 60.124 profissionais, sendo 44.102 médicos e 16.022 profissionais de saúde não-médicos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Tenho 32 anos que atuo em sala de parto e não creio correto interpretar como pouco importante o pediatra em partos cesáreas Os recém nascidos de cesárea porque nascem com o pulmão mais úmido tendem a desnvolver mais desconforto respiratório que os nascidos de parto normal. Julgo também oportuno opinar ser um retrocesso na assistência à saúde retirar pediatras em Sala de parto. Isso foi uma grande conquista na diminuição inclusive da mortalidade infantil</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª:  <a href="http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias_gerais/materias_gerais.php?id=74&amp;content=detalhe">http://www.conversandocomopediatra.com.br/website/paginas/materias_gerais/materias_gerais.php?id=74&amp;content=detalhe</a></p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A presença de um pediatra na sala de parto é importante não só nas cesarianas realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, mas também em outra situação que foi necessário fazer tal procedimento, como também nos partos eutócicos. Pelos estudos poucos casos necessitam de reanimação vigorosa, mas se ocorrer alguma intercorrência o pediatra poderá intervir imediatamente diminuindo ou até impedindo complicações.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra, neonatologista desde 2002! Nunca vi tamanho absurdo proposto pelo governo. Qual é a vantagem disso, se temos especialistas treinados para atender salas de parto com maior segurança?</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Atendo de rotina em sala de parto há 32 anos, tendo vivido INÚMERAS experiências tanto de parto cesáreo como de parto vaginal em que, não havendo patologia obstétrica ou qualquer situação indicativa de risco para asfixia perinatal, o recém-nascido apresentou baixa vitalidade ao nascer necessitando de manobras urgentes de reanimação.A ausência de pediatra em parto cesáreo com feto a termo sem sinais de sofrimento fetal e ausência de risco para a gestante resultará, com certeza, em um aumento na incidência de asfixia perinatal e de suas complicações.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra em uma cidade pequena do interior, ja me deparei inumeras vezes com Pacientes com cesariana eletiva marcada com 38 ou 39 semanas, com gestação de baixo risco E seus bebes necessitaram de reanimação apos o parto.Sem um profissional qualificado para o mesmo, com certeza essas crianças hoje saudaveis nao teriam o mesmo desfecho.Se temos hoje disponivel o melhor que a medicina pode oferecer a essas crianças porque estamos caindo no retrocesso?</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra/neonatalogista, vivencio a grande importância de estar sempre presente na sala de parto e assim evitar inúmeros danos aos RNs, sejam nascidos de parto ou cesariana, muitas vezes sem qualquer suspeita prévia de sofrimento fetal.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser fundamental a presença de pediatra capacitado para reanimação neonatal em qualquer parto, mesmo em cesáreas eletivas, já que não é possível descartar possíveis desfechos desfavoráveis mesmo nestes casos, quando tudo está aparentemente evoluindo bem, sendo então necessário lançar mão de manobras rápidas iniciadas ainda no 1º minuto de vida para reverter danos e garantir um bom prognóstico, segundo as recomendações e evidências científicas mais atuais.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Como Pediatra, Instrutora de Reanimação Neonatal e vivência em UTIN com neuropatas resultantes de uma má assistência neonatal. Quero aqui reiterar o que estamos ao longo dos anos tentando estabelecer e. que o próprio ECA prediz : assistência do Pediatra, único profissional bem preparado para lidar com a criança em todas os momentos de sua Vida. Negligenciar este fato é preparar um futuro de encefalopatias. Investir em saúde não pode ser buscar o mais fácil ou mais barato. Precisa ser buscar o melhor !!! e nossas crianças precisam de uma boa assistência do Pediatra desde seu nascimento. Raciocinar que existe cesariana " de baixo risco" é achar que a Vida é matemática pura e exata. Sabemos que não é assim e por isso temos que estar preparados para fazer uma adequada reanimação desde a mais simples das manobras até as complicações de uma manobra inadequada, como um pneumotórax hipertensivo. E isto, só um médico bem treinado pode fazê-lo e, este médico é o Pediatra. Extrapolar estes limites é brincar de "assistir a saúde" e promover a doença. O que precisamos é de enfermagem muito bem treinada em seus âmbitos de atuação o que facilita sobremaneira a atuação médica. Equipe multidisciplinar é isso : cada uma fazendo com excelência p que lhe compete e não cada um fazendo o que não lhe compete do melhor jeito possível. Aí não estamos assistindo ninguém. Estamos promovendo a eterna situação de caos em que a saúde pública nacional se encontra.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Maria Fernanda B de Almeida e Ruth Guinsburg - Coordenação do Programa de Reanimação Neonatal da SBP Eduardo da Silva Vaz - Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Presença do pediatra na sala de parto é imprescindível.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
11/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acredito que retirar o pediatra da sala de parto e alegar a função de receber um recém nascido, prestar assistência e reanimação aos mesmos a outros profissionais de saúde que já apresentam outras funções na sala de parto é uma idéia incabível, que oferece riscos à saúde (não só a morte como pasalisia cerebral, o que traz custos a saúde pública com tratamentos especializados). Manter uma gestante tranquila inclui dar uma assistência correta por profissionais especializados no que fazem. Uma reanimação neo natal requer muito treinamento e saber de detalhes específicos que somente um pediatra seria capaz.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª: Após longa experiência de sala de parto, reconheço que é impossível prever quando vai ocorrer sofrimento fetal e necessidade de reanimação do RN pelos mais diferentes motivos.Necessário lembrar do "golden minute", portanto é fundamental médicos com treinamento teórico prático, aptos a atender com segurança, os mais variados RN com risco de óbito e/ou sequela por asfixia.Baseado no conhecimento do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Negar o acesso à cesariana eletiva na rede pública ou privada se constitui num desrespeito à autonomia e o livre arbítrio das mulheres grávidas usuárias do SUS, caracterizando um agravo bioético.</p> <p>2ª: -</p>	
11/05/2015	Outra	<p>1ª:  <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a>  <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a>  <a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a>  <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O atendimento do recém-nascido em sala de parto tem sido foco no treinamento de residentes de pediatria/ neonatologia, dadas as evidências de melhora do prognóstico da criança frente a uma reanimação adequada. Qualquer atendimento que seja determinante na saúde imediata e futura de um paciente deve ser realizado pelo profissional mais capacitado, no caso o médico pediatra treinado para as possíveis complicações diagnosticadas logo após o nascimento. Ele recebe orientações teóricas e científicas, é apresentado às novas tecnologias e exposto ao seu uso. Obviamente em locais com escassez de recursos e em que o profissional especialista não esteja presente, aquele com a maior experiência será o mais adequado a fazer o primeiro atendimento, seja ele pediatra ou não, médico ou não. Vivemos num país com disponibilidade heterogênea de recursos humanos e tecnológicos, e a situação deve ser adaptada à cada realidade. Mas acho inadmissível que em grandes centros urbanos sejam sequer consideradas medidas que diminuam a segurança do recém-nascido, como é o caso da não obrigatoriedade do pediatra no atendimento inicial ao recém-nascido.-</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há evidencia conhecida que respalde tal orientação; portanto como Pediatra, Neonatologista e membro do Grupo Executivo de Reanimação Neonatal da SBP, `NÃO CONCORDO com a presença do Pediatra APENAS em cesáreas de risco ou partos com sinais de stress. A criança tem o DIREITO de ser assistida pelo pediatra e nos temos o DEVER de garantir uma assistência segura para nosso cidadão recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Clin Perinatol. 2012 Dec;39(4):931-9. doi: 10.1016/j.clp.2012.09.014.The delivery room of the future: the fetal and neonatal resuscitation and transition suite.Finer NN1, Rich W, Halamek LP, Leone TA.</p> <p>2ª: Adv Neonatal Care. 2010 Oct;10(5):221-3. doi: 10.1097/ANC.0b013e3181e9e244.The golden hour.Annibale DJ, Bissinger RL.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: O nascimento a termo e por cesarea nao garante que a crianca vai nascer sem necessidade de nenhum tipo de reanimacao cardio respiratoria. Os minutos iniciais sao de extrema importancia para a perfeita saude da crianca. Por isso chamamos de GOLD HOUR ( a hora de ouro). Toda gestante tem o direito de ter assegurado que seu parto vai ser assistido por uma equipe medica com pediatra para atendimentimento em caso necessidade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: "As diretrizes do governo para a cesariana impedem o parto pélvico vaginal, coíbem o VBAC em casa e coíbem versão cefálica externa após 36 semanas. Ao mesmo tempo assumem e dão total liberdade para a cesariana a pedido." O direito de escolha é da MULHER. O parto normal é NORMAL, como obviamente o nome já diz!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É direito da parturiente e do recém nascido ter a presença de um profissional que é o MÉDICO NEONATOLOGISTA presente na sala de parto, prestando assistência em reanimação neonatal. Isso é direito e obrigação do médico e direito da gestante e seu filho.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Devemos sempre exigir o melhor atendimento disponível no atendimento ao RN, que seria um pediatra atendendo o RN. Se em alguns casos não for possível, tem-se a noção do que é o ideal e não aceitar o errado. Vejo muitos casos de hipóxia neonatal por complicação de um parto que até a retirada da criança estava tudo bem, quando então nasce uma criança em mau estado geral, que notadamente se houvesse um pediatra presente o desfecho da hipóxia perinatal poderia ser de menor comorbidade se bem conduzido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: AS evidências científicas atuais recomendam a presença de pediatra na sala de parto, mesmo em casos de cesareana eletiva. Estudo brasileiro recente mostrou que até 5% dos RNs nessa categoria necessitam de cuidados de reanimação neonatal, ou seja 1 em cada 20 cesareanas eletivas necessitará de assistência especializada do RN. O tempo de demora (mesmo poucos segundos) para o atendimento influencia de forma relevante na sobrevida e sequelas desses pacientes.Referências:Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30Resuscitation 2012;87:869-73</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A sociedade Brasileira de pediatria preconiza um pediatra habilitado em reanimação neonatal presente ao nascimento de qualquer bebê. Pois em qualquer parto, seja normal ou cesareana, pode haver intercorrências em que o bebê pode nascer sem vitalidade e neste caso necessitar de ser reanimado. E isso deve ser feito imediatamente após o nascimento, pois quanto maior demora em se iniciar a reanimação, maior o risco de morte ou anóxia neonatal. Não vejo porque indicarem que não há necessidade de um pediatra numa cesareana de um bebê de termo, uma vez que qualquer parto pode complicar. E pergunto: porque deixar um bebê correr o risco de morrer ou de ser um anoxiado, tirando o pediatra de uma cesareana de um bebê de termo?</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É dever do estado e direito da parturiente e seu recém-nascido ter a presença de um profissional MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGISTA presente na sala de parto, porque se houver qualquer problema que coloque em risco a vida do recém-nascido, terá a presença de um profissional médico para prestar assistência. Atenciosamente.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Empresa	<p>1ª: Acho importante a presença do médico na sala de parto e não de um enfermeiro ou técnico de enfermagem. Cada um estuda para realizar seu trabalho.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Empresa	<p>1ª: Sou a favor do pediatra dentro da sala de parto prestando assistência.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manifesto a repúdio ao texto referente à ausência de pediatras na sala de parto. Muitas situações clínicas necessitam do atendimento pediátrico de reanimação neonatal no chamado "Golden Minute" e podem evitar a hipoxemia cerebral do recém-nascido, impedindo sequelas e até morte. Somente um profissional treinado em reanimação neonatal é capaz de identificar o risco e tomar atitudes rápidas como intubação orotraqueal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É absurdo não ter pediatra na sala de parto mesmo por via cesariana. Além do retrocesso ao passado em que o anestesista assumia essa função- e como reduzir morbi-mortalidade infantil tanto recomendada pela OMS ao Brasil?? Uso balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012)</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sempre tem que ter pediatra na sala de parto. Inclusive recém-nascido de baixo risco pode apresentar intercorrências no momento do nascimento</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Ainda que o risco de APGAR baixo seja pequeno, quando ocorrer, a presença do pediatra na sala de parto será a diferença entre a vida e a morte ou sequela grave. Não se deve tomar a decisão de excluir a necessidade do pediatra simplesmente por dados estatísticos. Sendo assim, se o risco de aquisição de HIV em um acidente com material biológico é baixo, não seria necessária profilaxia pós exposição</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a norma, pois vai contra o que é preconizado de segurança e correto pela sociedade brasileira de pediatria e academia americana de pediatria</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A via de parto deve ser uma decisão da gestante, levando em conta suas condições médicas! Infelizmente no Brasil não temos estrutura para parto domiciliar e as doulas- acompanhantes não têm formação para tal.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Pediatra com treinamento em reanimação Neonatal é indispensável na sala de parto, existem patologias e situações que só são detectadas após o nascimento e necessitam de profissional habilitado para oferecer os primeiros cuidados</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de vital importância a presença do pediatra na sala de parto visto que o possível dano causado pela sua ausência é enorme e muito mais dispendioso p os governos, sociedade e família. São consequências que serão para uma vida inteira e que pode em muito ser minimizado</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Cuidados no Recem- nascido na sala de parto, no relatório do CONITEC: NÃO HÁ NECESSIDADE DE PEDIATRA NA SALA DE PARTO..... ( pág 62-63) ESSA RECOMENDAÇÃO NÃO ESTÁ BASEADA NAS MELHORES EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS DISPONÍVEIS. Arch Dis Chil Fetal e Neonatal , Ed 2010; 95d:F326-30. Portaria SÃS/MS371/2014. Resuscitation, 2012, 87: 869-73</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A medicina evolui para melhora do atendimento do paciente! Retirar o pediatra da sala de parto é o maior retrocesso que ja vi como profissional! Mesmo em partos sem risco existe chance de ter complicações e problemas e sabemos que a assistência correta ao parto é o divisor de águas entre uma criança com sequelas neurologicas ( paralisia cerebral etc) ou sadia! A criança com complicações neurologicas por conta do parto necessita de muitos cuidados d isdo custa dinheiro! Pensando nisso é muito mais barato um pediatra na sala de parto do que arcar com as consequências! E se o bebê for a obito quem assina o atestado de óbito?? À enfermeira!?? Ela não pode assinar!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de manifestar indignação em relação a possibilidade de não ser necessário pediatra em sala de parto cesariana programada sem fator de risco. O pediatra é fundamental em sala de parto devido ao fato de não se ter certeza quanto ao estado clínico que a criança estará ao nascimento e o fato de que cada 30segundos sem reanimação neonatal adequada afetam progressivamente o prognóstico neurológico do Rn.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É inadmissível chegar a este ponto. Depois de tantos avanços na assistência ao recém nascido em sala de parto, da eficiência no "golden minute" e da utilização do "babypuff " depararmo-nos com a estrita necessidade de um profissional treinado. Mas... E se fosse SEU filho? Se cada um se puser no local do ser humano desinformado, sem instrução e muito menos conhecimento da causa , tenho certeza de que as Diretrizes tomariam outro rumo. Infelizmente a Pedoiatria / neonatologia sendo desvalorizada cada dia mais.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Mesmo em sala de parto de baixo risco pode haver necessidade de reanimação neonatal, e a demora em iniciar tais ações pode prejudicar e gerar danos irreversíveis ao bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: 1 em cada 10 recém nascidos necessita de auxílio para inciar a respiração. Esses dados são MUNDIAIS, e a chefia da secretaria da atenção à criança sabe muito bem disso. Retirar o pediatra da sala de parto ou da sala de cesareana é um crime. Vai aumentar o número de pacientes asfixiados e de mortalidade. É um retrocesso sem tamanho, e uma irresponsabilidade por parte do governo, cuja meta é REDUZIR a mortalidade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A PROPOSTA SE ENCONTRA DE MANEIRA DIAMETRALMENTE OPOSTA ÀS RECOMENDAÇÕES DAS SOCIEDADES MÉDICAS E À LITERATURA DO QUE DIZ RESPEITO A SALA DE PARTO PODER SER REALIZADA POR ENFERMEIRO SEM A PRESENÇA DO PEDIATRA. A PROPOSTA VISA APENAS TENTAR PALIATIVAMENTE ENCOBRIR O REAL PROBLEMA: A FALTA DE CARREIRA MÉDICA NO SUS. A SOPERJ EXPRESSAMENTE DISCORRE EM SEU MANUAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL SOBRE SER FUNDAMENTAL PELO MENOS DOIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SALA DE PARTO, SENDO QUE UM DELES DEVE SER MÉDICO. ISSO É UMA AVILTÇÃO A CLASSE MÉDICA DESSE PAÍS E UMA DESMORALIZAÇÃO DA PEDIATRIA BRASILEIRA!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p> <p>2ª: A PROPOSTA SE ENCONTRA DE MANEIRA DIAMETRALMENTE OPOSTA ÀS RECOMENDAÇÕES DAS SOCIEDADES MÉDICAS E À LITERATURA DO QUE DIZ RESPEITO A SALA DE PARTO PODER SER REALIZADA POR ENFERMEIRO SEM A PRESENÇA DO PEDIATRA. A PROPOSTA VISA APENAS TENTAR PALIATIVAMENTE ENCOBRIR O REAL PROBLEMA: A FALTA DE CARREIRA MÉDICA NO SUS. A SOPERJ EXPRESSAMENTE DISCORRE EM SEU MANUAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL SOBRE SER FUNDAMENTAL PELO MENOS DOIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA SALA DE PARTO, SENDO QUE UM DELES DEVE SER MÉDICO. ISSO É UMA AVILTÇÃO A CLASSE MÉDICA DESSE PAÍS E UMA DESMORALIZAÇÃO DA PEDIATRIA BRASILEIRA!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco. A demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal ou, nos locais onde não exista esse profissional, por um outro habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O preço para a sociedade em cérebros perdidos pela falta de oxigênio nesse início da vida será muito grande.podemos nos dar e esse luxo?com certeza não.Até quando nossas crianças serão desprezadas?.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contra a retirada do pediatra da sala de parto. Mesmo quando a cesárea for de baixo risco poderá acontecer muitas intercorrências de que haverá a necessidade do pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª:  <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a>  <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4A">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4A</a> recomendação sobre parto vaginal após cesariana inclui o risco de rutura uterina como se ele não fosse possível em parto normal sem cesariana prévia. O risco estimado da ocorrência, em ambos os casos, é semelhante estatisticamente. A mortalidade e morbidade também não tem diferenças significativas e recomendar que a tentativa de parto vaginal após cesariana seja feita em ambiente hospitalar não se respalda dentro da avaliação de risco da situação. O acompanhamento com profissional capacitado e rápida mobilidade para ambiente hospitalar é mais efetivo do que a superlotação de ambiente hospitalar.</p> <p>2ª: Recomendação de cesariana para partos pélvicos. O risco de mortalidade em partos com apresentação pélvica é ligeiramente aumentado, comparado com partos em apresentação cefálica. Entretanto, o correto manejo e redução de intervenção médica no processo leva essa diferença quase a zero, estatisticamente. A indicação de VCE abaixo de 36 semanas (quando é menos efetiva) e desaconselhando após 37 semanas (quando os riscos reduzem e ela passa a ter boa efetividade) é praticamente condenar apresentação pélvica à cirurgia, quando o treinamento de profissionais em nascimentos pélvicos melhora as estatísticas e preserva a saúde de mãe e bebê. Em Campina Grande, o trabalho da dra. Claudia Bianka Manhães, infelizmente sem trabalho ainda publicado sobre o assunto, mostra um percentual de complicações em partos em apresentação pélvica bastante diferente da literatura, mostrando que o tipo de acompanhamento é fundamental para os bons desfechos.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou Pediatra, desde minha formação acadêmica vi vários casos de crianças que nasceriam a termo, sem nada aparente e de uma hora para outra tiveram problemas urgentes, que só a resolução dependia exclusivamente do pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O primeiro minuto de vida do bebê é fundamental para seu desenvolvimento e deve ser assistido por profissional qualificado em reanimação neonatal. Não há como avaliar previamente o risco de o bebê apresentar algum problema ao nascimento, portanto, não podemos estabelecer critérios para ter ou não pediatra em sala de parto</p> <p>2ª: minha filha nasceu de parto normal, gestação de 39 semanas, pré natal sem nenhum problema. nasceu deprimida, necessitou de intervenção médica. se não houvesse médico em sala de parto, com certeza seria submetida a anóxia cerebral</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Criação de um sistema de notificação de contra referência da atenção primária para o local de ocorrência do parto cesárea indicando o diagnóstico de infecção de sítio cirúrgico conforme critérios clínicos.</p> <p>2ª: Elaboração de um instrumento que auxilie a equipe multiprofissional na atenção primária a identificar, nas mulheres submetidas ao parto cesárea, infecção de sítio cirúrgico pós-cesárea, tipo superficial, profundo e infecção de órgãos ou espaço, na consulta, visita domiciliar e retirada de pontos da puerpera.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, as evidências científicas e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, as evidências científicas e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Apoio o documento da Sociedade Brasileira de Pediatria. Considero necessária a presença de pediatra em todos os partos.Neste sentido, sou contrário à proposta em apreço.Atenciosamente,</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho lamentável que excluam pediatras da assistência à sala de parto em cesárias sem evidências de complicações. Estas aparecem muitas vezes na hora, e até a chegada do profissional, perderemos um tempo precioso, que poderá mudar o destino desta criança. Acho que esta atitude deve ser repensada. O pediatra sempre será o melhor caminho para diminuirmos as complicações do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há nenhuma evidência científica de que partos cesáreos ou normais potencialmente de baixo risco não necessitem do profissional pediatra na sala de parto. Qualquer parto está sujeito a complicações e intercorrências e pode necessitar de manobras de reanimação neonatal, incluindo intubação orotraqueal que é procedimento exclusivo do médico.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho que em toda sala de parto deve ter um pediatra capacitado para atender o recém-nascido</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eu como pediatra acho de extrema importância a presença do pediatra na sala de parto, não podemos apenas focar nas estatísticas mas também na experiência que temos. Já fiz sala de parto que a princípio não tinha nenhum fator de risco e a criança nasceu mal e necessitou de reanimacao NEONATAL e sabemos que esse primeiro minuto de vida é essencial para o futuro desses recém nascidos. Só o profissional devidamente treinado como o pediatra é capaz de reduzir a mortalidade e morbidade desses recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Paciente não é uma um problema que se resolva com algoritmo, cada um possui suas particularidades e cabe ao medico determinar se será parto normal ou não, sempre demonstrando a paciente o porque de sua decisão e esclarecendo todas as duvidas. O RN precisa de cuidados no momento em que nasce, algumas complicações podem ser prevista durante o pré natal, porem a maioria decorre em complicação do parto, por isto é necessário o pediatra E uma enfermagem capacitada, pois na vigência de complicação um minuto que se espera até solicitar o medico pode ser vital para aquela criança. Veja bem não é "OU" e sim "E". Enfermagem e médico não são concorrentes, são profissões diferentes, cada uma com suas habilidades, que se complementam, sendo necessária a parceria para melhor recepção da RN.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Uma vez que o desfecho na sala de parto, mesmo em gestação sem intercorrências, é sempre imprevisível, considero inadmissível dispensar a presença do pediatra. A intervenção precoce nos casos que não evoluem bem (asfixia, aspiração de meconio, desconforto respiratório, cardiopatias previamente desconhecidas, etc) é crucial na boa evolução do bebê com repercussões por toda a vida do indivíduo. Além do mais, evidências científicas atuais apontam para a necessidade de assistência de medico pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra há 28 anos há mais de 15 anos fazendo sala de parto em hospitais de grande volume de partos cesáreos ou naturais . Essa experiência me dá certeza que é imprescindível a presença do pediatra treinado em reanimação neonatal neste momento crucial da transição da vida fetal para a vida extra uterina . os procedimentos baseados em evidências em todo mundo reforçam que essa ajuda impacta positivamente a evolução do recém nato asfíxico ou com qualquer dificuldade respiratória . O primeiro minuto de atendimento adequado vai definir as mordidas e seqüelas naquele bebê ou até morte . Sem pediatra treinado os bebês ficarão entregues a própria sorte o que representaria um enorme retrocesso nos cuidados neonatais em nosso país .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou neuropediatra e trabalho há 20 anos numa maternidade de baixo risco como pediatra para receber recém nascidos. Inúmeras vezes nos deparamos com situações inesperadas, onde cesarias sem risco e recém nascidos com péssimas condições de vitalidade, necessitando reanimação. Acho um retrocesso retirar a obrigação do pediatra treinado na sala de parto normal ou cesaria. Acompanho nas APAES o resultado desses nascimentos mal sucedido....sequelas e sofrimentos para uma vida inteira.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Concordo que numa cesárea de baixo risco com rn a termo, não há obrigatoriedade do pediatra na sala de cirurgia, desde que em sua ausência o enfermeiro esteja presente.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: "Minuto de ouro", o pediatra na sala de parto é uma conquista da sociedade e garante a melhor assistência ao RN, a indicação de cesariana já pressupõe um risco e algumas malformações e evoluções clínicas do RN desfavoráveis, imediatamente após o parto, nem sempre podem ser previstas.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Confirmando meu apoio a ABENFO e sugiro também: No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: "É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal". Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Saliento que toda a Instituição que presta assistência ao parto deveria se comprometer em capacitar pelo menos 4 profissionais em reanimação neonatal, por ano e subsidiar especializações (neonatologia, pediatria, obstetrícia) para os que desenvolvem atividades diárias, em sala de parto. Enfatizo, também, que essas capacitações e especializações - para não ficarem só na intenção - sejam materializadas junto ao Ministério da Saúde, em um cadastro de profissionais em capacitação e capacitados.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Muitas parturiente dependendo do problema, não possui condições de ter um parto normal, optando pelo parto cesárea.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Concordo com a fundamentação apresentada sobre a nova diretriz e recomendo sua aprovação e implantação no SUS do Brasil.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Em termos práticos vivenciado em experiência profissional de 31 anos em centro obstétrico, sou a favor, que a presença de um pediatra no momento de cesariana, pode ser opcional, desde que se possa contar com este no ambiente da unidade assistencial (Hospital ou Maternidade) para uma eventual necessidade. Alerta porém, que as unidades assistenciais motivadas por corte de custos negligenciem em decorrência desta decisão.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de um pediatra capacitado em reanimacao neonatal em sala de parto. As complicacoes ocorrem e nao sao raras. Pequenas condutas podem salvar vidas.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Os obstetras tanto em Médicos e Enfermeiros tem que ter, a capacidade de observar a paciente e respeitar a mesma, e tem que estar aptos para saber como proceder em casos de uma urgência obstétrica para isso temos que sempre tem um capacitação anual.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A IMPORTANCIA DO MEDICO PEDIATRA NA ATENÇÃO AO RECEM NASCIDO NA SALA DE PARTO COMO FATOR PRIMORDIAL PARA A SAUDE E BOM DESEMPENHO DO RN ;</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há partos sem risco! Há muitos partos cesáreas sem "risco" em que o bebê precisa ser reanimado! A presença do pediatra em sala de parto garante a segurança e o bom prognóstico a longo prazo do recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: E DE SUMA IMPORTANCIA A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO, VAGINAL OU CESARIANA, POIS MESMO COM FATORES DE RISCO PREVISIVES, HA SITUAÇÕES SUBITAS, SOMETNE DETECTADAS NO MOMENTO DO PARTO, SENDO QUE O PROFISSIONAL PREPARADO, EM REANIMAÇÃO NEONATAL, É O PEDIATRA. ESTE DEVIDAMENTO TREINADO, COM PARTICIPAÇÃO EM CURSO NALS, OFERECIDO PELA SBP;</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: o pediatra e imprescindível na sala de parto, independente de ser gestacao de risco ou nao, os primeiros minutos do rn bem assistido, sao cruciais para o desenvolvimento durante toda sua vida.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Concordo com a SBP, que é imprescindível a presença de pediatra em toda sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra a retirada dos Pediatras da sala de parto uma vez que mesmo sem risco o recém-nascido pode necessitar de assistência, que mesmo sendo básica ou rápida, é fundamental nos primeiros minutos de vida para evitar sequelas que necessitariam de suporte intensivo. Lembrando que nossas UTIs já sofrem diariamente com a crise de superlotação e a falta de assistência inicial implicaria em um aumento nessa demanda.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em 20 de trabalhando como neonatologista em sala de partos, aprendi que mesmo quando não há nenhum indicativo de sofrimento fetal o Rn pode nao nascer vigoroso ,necessitando durante este primeiro minuto de vida, que é de grande importancia e determinante , de ajuda para fazer esta travessia da vida intra para a extra uterina, e estar com tudo pronto e a espera deste nascimento tb é determinante, assim sendo nao é nem razoavel, tirar dos rns este direito de uma assistencia capaz e competente em um momento tao importante e crucial.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Concordo com a SBP , que o pediatra/neonatologista é essencial dentro da sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU CONTRA A AUSÊNCIA DO PEDIATRA EM SALA DE PARTO, MESMO EM PARTOS CESARIANAS DE BAIXO RISCO OU ELETIVAS.POR DIVERSAS VEZES PUDE PRESENCIAR INTERCORRÊNCIAS NO MOMENTO DO NASCIMENTO QUE NECESSITARAM PRONTA INTERFERÊNCIA DO PEDIATRA PARA REANIMAÇÃO NEONATAL.ENTENDO COMO BOA PRÁTICA MÉDICA A PRESENÇA DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS NA ASSISTÊNCIA AO RN E O PEDIATRA É O PROFISSIONAL MAIS CAPACITADO PARA TAL FUNÇÃO. O PARTO NÃO É UM ATO MECÂNICO E PROBLEMAS NA EXTRAÇÃO FETAL PODEM OCASIONAR ANÓXIA IMPORTANTE. HÁ DE SE ENTENDER QUE NÃO HÁ PARTOS DE BAIXO RISCO, POIS TODO PROCEDIMENTO ENVOLVE RISCOS, MUITOS DELES IMPREVISÍVEIS. É DIREITO DO OBSTETRA, DA PARTURIENTE E DO RECÉM-NASCIDO CONTAR COM O QUE QUE HÁ DE MELHOR EM ASSITÊNCIA MÉDICA NO MOMENTO DO PARTO.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e neonatologista atuante inclusive em maternidades do Sus e sei da suma importancia do pediatra em quaisquer parto, uma vez q todo recém nascido é potencialmente de risco independente da gestacao. As sequelas de uma inadequada assistencia pode gerar danos irreparaveis e até a morte.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há como prever a necessidade de uma intervenção avançada, assim os recém-nascidos estariam sendo colocados em risco, seria um retrocesso na assistência médica, um absurdo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Empresa	<p>1ª: proposta de incorporação das Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: considero indispensável a presença do PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO EM TODAS AS SALAS DE PARTO, POIS NO PAÍS ONDE A MORBIMORTALIDADE NEONATAL É ELEVADA É IMPERIOSA A AÇÃO DO PEDIATRA PARA REDUZIR E PREVENIR A ASFIXIA PERINATAL</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os estudos incluídos na revisão do CNGOF para estabelecer local de parto ecuidados relacionados às mulheres com cesariana prévia são de muito baixa qualidade. Contudo incluir na revisão o estudo científico americano comprovando a seguridade do parto domiciliar pós cesárea.  <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/full">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/full</a></p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Assim deve-se ter obrigatoriamente um pediatra na sala de parto em qualquer tipo de parto pois ele é o profissional melhor habilitado para tratar do RN. Nas cidades interioranas é inconcebível pensar como um único médico é capaz de cuidar da parturiente e do RN que acabou de nascer podendo estar com algum desconforto respiratório e esse médico não ser habilitado para tal situação.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A MINHA CONTRIBUIÇÃO É CONCORDAR COM O QUE ESTÁ POSTO NA LEGISLAÇÃO</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em um País onde a morbimortalidade neonatal é elevada, é imperiosa E MANDATÓRIA a atuação do Pediatra na Assistência ao recém nascido em Sala de Parto para PREVENIR e Minimizar a ASFIXIA PERINATAL.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: ACHO INADMISSÍVEL NÃO TER UM MÉDICO PEDIATRA HABILITADO NA SALA DE PARTO PARA RECEPÇÃO DE RN, MESMO EM GESTAÇÃO CONSIDERADA DE BAIXO RISCO. CASO ALGUM AGRAVO SURJA INESPERADAMENTE É PRECISO QUE A REANIMAÇÃO SEJA IMEDIATA E REALIZADA POR ALGUÉM DE HABILITAÇÃO PLENA. OS PREJUÍZOS PARA AS FAMÍLIAS E A SOCIEDADE SÃO ENORMES SE A CRIANÇA FICAR COM QUALQUER SEQUELA.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A ASFIXIA NEONATAL É UMA CAUSA IMPORTANTE DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL, PORTANTO TORNA-SE INDISPENSÁVEL A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DO RECÉM NASCIDO NA SALA DE PARTO.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: CONCORDO INTEGRALMENTE COM O PARECER/PROPOSTA DA SBP.QUALQUER OUTRA IDÉIA É CONTRÁRIA À VIDA DO/DA RN.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou médica pediatra, CRM 13.004-PR. A presença de Pediatra na Sala de Parto é de vital importância, é imprescindível. É o ideal em todos os serviços de Maternidade, que haja Pediatra na Sala de Parto.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A Sociedade Brasileira de Pediatria entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: No momento do nascimento, o recém nascido pode necessitar de manobras de reanimação para iniciar a respiração, e até de suporte avançado de vida, como intubação, massagem cardíaca, drogas e cateterismo umbilical. E essa necessidade independe da via de parto ou do risco da gestação. Qualquer recém-nascido pode necessitar de suporte, que deve ser iniciado no primeiro minuto de vida, conforme diversos estudos publicados na literatura nacional e mundial. Portanto, a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Melhora da atenção no pré natal</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO É FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO E MANEJO DA ASFIXIA PERINATAL. CONSIDERANDO QUE A ASFIXIA TEM ELEVADA PREVALÊNCIA NO PAIS, A ATUAÇÃO DO PEDIATRA CONTRIBUI PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL.OS CUSTOS DE TRATAMENTO DE UM RECEM NASCIDO ASFIXIADO É INCALCULÁVEL E TEM REPERCUSSÕES FINANCEIRAS, EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS, PORTANTO A PREVENÇÃO É A AÇÃO MAIS QUALIFICADA.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurdo se não houver pediatra em sala de parto. Como pediatra intensivista e que atende sala de parto já necessitei reanimar alguns recém nascidos sem fatores de risco. Julgo por isso a necessidade imprescindível de pediatra em toda sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Necessita-se de pediatra na sala de parto, mesmo em gestações de baixo risco, já que a Medicina não é ciência exata, onde todo imprevisto pode ocorrer, e, mesmo numa gravidez onde não se tem problemas, de repente podem ocorrer complicações obstetricas inúmeras e o advento de um sofrimento fetal , levando a anoxia neonatal, por exemplo, necessitando-se de especialista pediatra na área para reanimação do neonato.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Prresença obrigatoria do pediatra em sala de parto normal ou cesareana com ou sem risco</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contrária à posição de retirar o pediatra da sala de parto nas cesáreas eletivas</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contra! O pediatra é essencial na sala de parto, uma vez que é o único profiissional habilitado para intubação orotraqueal e uso de medicamentos na reanimação, além de ser o único profissional capaz de conduzir o caso se não houver sucesso na reanimação, ou se o recém nascido necessitar de cuidados especiais! Um absurdo isso que estão querendo fazer...</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	1ª: vide anexo 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Faltou abordagem sobre circular de cordão 2ª: -	
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: A presença de pediatra habilitado em reanimação neonatal é fundamental para bom atendimento do recém nascido visto que mesmo em parto considerados de baixo risco imprevistos podem acontecer e uma reanimação adequada reflete toda a evolução do recém nascido e influência na sua sobrevida e morbimortalidade. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Sou Médica Pediatra, CRM 13.004-PRA presença de Pediatra em Sala de Parto é o ideal, senão imprescindível . É a condição ideal em todos os serviços de Maternidade : que haja Pediatra SEMPRE na Sala de Parto.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Espero que todos os recém-nascidos recebam na sala de parto atenção realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. E que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não for possível, que o recém-nascido receba o melhor atendimento disponível realizado por outro profissional treinado para isto. Isto para todos os RN. A minha irmã, hoje com 59 anos não tinha nenhum fator de risco, gravidez a termo, nasceu em hospital de grande centro (Santa casa de BH) e como não teve assistência de pediatra na sala de parto sofreu anóxia grave que a levou a déficit cognitivo muito importante. Posteriormente mesmo tendo sido acompanhada por neurologista renomado na época (Dr. Lefrève em São Paulo) e por psicólogos e pedagogos também conceituados como Dra Helena Nesralla. Ela nunca aprendeu a ler, não tem noção numérica e consequentemente não tem autonomia. Teve que ser declarada incapaz para os atos da vida diária. E isto traz-lhe sofrimento pois ela não tem capacidade cognitiva embora tenha percepção afetiva da diferença.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: É sabido que a redução da mortalidade infantil no Brasil se deveu a diminuição da mortalidade e morbidade neonatal, isso devido ao programa nacional de reanimação neonatal e a presença de pediatra atuando na sala de parto. A ausência do pediatra em parto cesáreo de baixo risco é um retrocesso na assistência médica prestada pelo SUS com um provável aumento da morbidade e mortalidade neonatal. Sou pediatra neonatologista, fui instrutor do curso de reanimação por vários anos e atuo como pediatra na sala de parto a mais de 20 anos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Anexo algumas referências bibliográficas para ajudar a direcionar as diretrizes da cesariana que não estão de acordo com evidências científicas. Não vou anexar os arquivos com os artigos devido à direitos autorais. Segue o link das referências (inclusive uma é revisão Cochrane):<a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a><a href="http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/05000/Delivery_of_Breech_Presentation_at_Term_Gestation.24.aspx">http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2015/05000/Delivery_of_Breech_Presentation_at_Term_Gestation.24.aspx</a></p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: RECOMENDAÇÃO - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A elevada taxa de morbimortalidade neonatal em nosso País requer a prevenção da Asfixia Neonatal e para isso é mandatória a presença do Pediatra na assistência ao recém nascido na Sala de Parto. Dessa forma minimizaremos os custos relacionados à Asfixia a curto, médio e longo prazo seja na esfera financeira, psicossocial e familiar.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Por mais que no período pré parto a investigação em relação ao recém-nascido seja normal não podemos esperar que sua situação no momento do parto seja a mesma, nós profissionais estudados e especializados para trabalhar com esse tipo de paciente sabemos das inúmeras intercorrências que podem eventualmente surgirem. É direito da criança ser assistida por quem mais estudou e está apto para salvar uma vida que está apenas se iniciando.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica pediatra e totalmente contra a não presença de pediatras na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sobre a ausência de pediatra na sala de parto: quando um recém - nascido tem problemas no nascimento, há muito pouco tempo para se atuar para que se minimizem as sequelas. É necessária a presença de uma equipe para reanimação equipe sala de parto, a fim de que providências urgentes sejam tomadas. Às vezes, 30 segundos já são demais para esperar para o uso de uma droga, a passagem de um cateter, a intubation endotraqueal do paciente. Tirar o pediatra do atendimento ao recém nascido na sala de parto é uma temeridade e com consequências para o resto da vida, ou atendimento até mesmo determinante da morte de um bebê. Não façam experiências com isto!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra, acho extremamente importante a presença do pediatra na sala de parto via vaginal e também na cesariana, pois não há parto em que não possa haver algum tipo de complicação para o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO É FUNDAMENTAL PARA A PREVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E PORTANTO PARA A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nao existe profissional treinado nem com curso de reanimacao que substitya o medico pediatra em dala parto. Principalmente porque não e somente a decisão de entubado que e um procedimento medico, são as demais medidas adequadas. Um atraso em socorrer um RN asfixiado pode geral um pac neurologicamente comprometido para resto vida. Isso e um retrocesso</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que:· Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006).· A ventilação pulmonar e#769; o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios.· Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não ha#769; necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3).· Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.· A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.· O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”.Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, que em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir.No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.ReferênciasKattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser um retrocesso a recomendação de não ter o pediatra em todas as salas de parto. É uma grande desinformação acreditar que sua presença só se justifica nestas duas situações cesariana com anestesia geral e sinais de sofrimento fetal. Basta ver a evolução da perinatologia e a diminuição da morbimortalidade do RN em sala de parto. Acredito que haja um desconhecimento relacionado a realidade da sala de parto. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O retardo no atendimento do RN que precisa ser reanimado aumento o risco de morte e de sequelas.É um direito de qualquer RN ser bem atendido pelo melhor profissional capacitado em cuidá-lo. E estes profissionais devem estar em constante treinamento. O que esta diretriz propõe vai de encontro aos resultados dos estudos realizados que enfatiza a necessidade da presença do pediatra não só na sala de parto de casarianas como de parto normal.Resuscitation 2012;87:869-73Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30Portaria SAS/MS 371/2014 <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A presença de um Pediatra na sala de parto em qualquer situação de cesárea ou parto normal é uma conquista imprescindível para a Sociedade Brasileira. Na sua ausência até paralisias cerebrais extensas já aconteceram e podem ocorrer.O custo econômico e social para o país de uma criança com Paralisia Cerebral jamais será nem perto do custo de manter um Pediatra em sala 24h/dia.Mesmo a mais simples mãe entende que a presença do Pediatra em sala de parto é a garantia de que seu filho será bem atendido desde a primeira respiração.Atenção pelo SUS não significa diminuição do grau de ciência ou conhecimento aplicado a seus usuários ,mas atendimento de primeira linha de excelência mesmo para a criança sem recursos financeiros que venha a nascer dos pais mais simples no Brasil.Aliás, são exatamente essas que já vêm ao mundo com alto risco por virem de mães desnutridas com baixas taxas de hemoglobina ,infecções urinárias de repetição , dificuldades de comparecer às consultas de pré-natal além de mudanças frequentes no médico que lhes dispensou atenção durante a gravidez.Ter um médico que lhe acompanhe todo o pré-natal além de um obstetra e um Pediatra que estejam presentes na sala desde a chegada da parturiente é uma condição técnica mínima para o efetivo bom controle das condições do Recém-nascido e todo futuro neurológico incluindo aprendizado escolar,capacidade cognitiva adequada na Faculdade ou no seu futuro curso técnico além de um cidadão que venha a contribuir para melhoria da Sociedade Brasileira.Do contrário corremos risco permanente de ter que cada vez mais triplicarmos os Programas de Bolsa Família e Bolsa "Ajuda-em tudo" sem perspectiva de desligamento por termos produzido pelo SUS pessoas dependentes de ajuda por toda sua vida!Obrigada!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Pediatra na sala de parto é essencial para o recebimento adequado do rn. Seja ele termo ou não. Seja numa gravidez de baixo, médio ou alto risco. É um direito do recém nascido. Por mais que se prepare tecnicamente uma pessoa para realizar os procedimentos de reanimação, quem tem todo embasamento teórico e investiu vários anos de sua carreira para isso, é o pediatra neonatologista. Como sabemos, por experiência contínua em sala de parto, mesmo numa gestação de baixo risco, complicações podem ocorrer no nascimento e o neonatologista é o profissional melhor recomendado para agir de imediato nessas situações. Estão querendo banalizar a medicina, mascarando a importância da mesma para a população mais leiga. Estamos , atualmente passando por um processo de retrocesso no campo da saúde, por visões políticas inadequadas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: concordo plenamente que em partos cesarianas onde não há riscos para mãe e bebê o profissional habilitado para o recebimento e os primeiros cuidados com o Rn não necessariamente deve ser o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra deve estar presente na sala de parto, pois é imprescindível para um rápido cuidados ao recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não sou a favor do que diz a diretriz. Na minha opinião é extremamente necessário, mesmo sendo uma gravidez de baixo risco, sem sofrimento fetal e gestação a termo, a presença de um pediatra na sala de parto, para fazer os cuidados devidos ao recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou Especialista em Pediatria pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Diplomado pelo Board de Pediatria da Academia Americana de Pediatria e Fellow dessa Academia desde 1978. Já tive várias experiências em sala de parto ao longo de meus mais de 40 anos de formado. E vi diversos casos em que a aparente facilidade do quadro clínico ocultava uma emergência de última hora. E foi necessária habilidade e conhecimento para solucionar cada caso. É, portanto, imperiosa a presença de Pediatra experiente em sala de parto, em qualquer circunstância, a fim de assegurar quanto possível um bom início de vida para cada cidadão brasileiro.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Acho fundamental e imprescindível a presença do pediatra na sala de parto em todas as situações.A criança tem o direito de ter a melhor assistência possível durante o parto, diminuindo assim o risco de anoxia peri-natal e as sequelas que representam um grande gasto para o Estado e sofrimento para as famílias. 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: Estudo mostra que VBAC em casa e seguro 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Outra	1ª: Não há no texto apresentado justificativa clara para contra-indicar a VCE nas gestações a termo, sugiro elaborar melhor o texto para que se faça coerente a indicação de uma cesariana sem a tentativa do procedimento.Quanto a recomendação do parto vaginal após Cesárea seja somente hospitalar, também discordo não há no texto justificativas coerentes. Uma vez que sendo um parto domiciliar planejado esta mulher estará sendo assistida por profissional habilitado com plano B organizado, e a ruptura uterina está sujeita a acontecer em qualquer momento da gestação ou do trabalho de parto mesmo sendo pródomos. 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: Não penso ser um avanço em medicina retirar o atendimento ao recém nascido, amplamente comprovado, necessário e incentivado por entidades internacionais respeitadas, em salas de parto. Milhares de recém nascidos morrem por ano vítimas de hipóxia perinatal. Esse número só tende a aumentar desta maneira. 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: O pediatra é sempre necessário em sala de parto quando disponível 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: Como pediatra e instrutora do Programa de Reanimacao Neonatal, da Sociedade Brasileira de Pediatria, afirmo que mesmo parturientes de baixo risco podem ter recém-nascidos que necessitem de reanimação Neonatal, portanto a presença do pediatra na sala de partos não pode ser dispensada. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: EM CADA 10 NASCIDOS VIVOS UM VAI PRECISAR DE ALGUMA ASSISTÊNCIA MEDICA PEDIATRICA, SENDO QUE A PRESENÇA DO PEDIATRA MUDA O PROGNOSTICO DO QUADRO, E PROFISSIONAIS NÃO MÉDICO DA ÁREA, NÃO TEM HABILIDADE PARA CONDUZIR O RECÉM NASCIDO, SENDO QUE A REGIÃO QUE VIVO TEM UMA UTI COM 10 LEITOS QUE PRESTA ASSISTÊNCIA PARA 22 MUNICÍPIOS DA REGIÃO E OUTROS POLOS DE SAÚDE QUE TAMBÉM ATENDE QUANDO NÃO HÁ VAGA EM OUTRAS UTI'S DO ESTADO. E EM UMA SITUAÇÃO MESMO QUE ELETIVA EXISTE O RISCO AINDA DE DESENVOLVER DISTÚRPIO RESPIRATÓRIOS QUE PRECISA DE ALGUMA INTERVENÇÃO MÉDICA. "...O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil. No ano de 2004, no âmbito da Presidência da República, foi firmado o "Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal" com o objetivo de articular os atores sociais mobiliza-dos em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças.No Pacto houve a adesão de 26 Unidades Federadas, em um movimento articulado com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS, a Se-cretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SEPM, a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR e a Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras instituições governamentais e da Sociedade Civil. Esse processo de pactuação foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) exemplar como modelo de mo-bilização e diálogo social. A redução da mortalidade neonatal foi assumida como umas das metas para a redução das desigualdades regionais no País em 2009 sob a coordenação do Ministério da Saúde. O objetivo traçado foi de reduzir em 5% as taxas de mortalidade neonatal nas regiões da Amazônia Legal e do Nordeste brasileiro.No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, dentre as quais está a redução da mortalidade infantil. O Objetivo do Desenvol-vimento do Milênio 4 (ODM 4) tem como meta reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade. Em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era de 22,8 óbitos por mil NV, com redução consistente em todas as regiões do País nos últimos anos. Desde 1990, ano-base para comparação do avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), até 2008, a redução nacional média foi de 58%, com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste. Na meta definida para este ODM, a taxa de mortalidade na infância deve ser reduzida para 17,9 óbitos por mil NV até 2015. Estima-se que, se persistir a tendência de redução atual, o Brasil atingirá a meta antes do prazo.Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso país. De fato, o componente neonatal da mor-Atenção à Saúde do Recém-NascidoGuia para os Profissionais de SaúdeMi n i s t é r i o d a Sa ú d e talidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos pro-fissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nasci-mento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.A presente publicação do Ministério da Saúde vem no sentido de disponibilizar aos profissionais de saúde o que há de mais atual na literatura científica para o cuidado ao</p>	



recém-nascido. Em linguagem direta e objetiva, o profissional de saúde irá encontrar nos quatro volumes desta obra orientações preciosas baseadas em evidências científicas que possibilitarão atenção qualificada e segura ao recém-nascido sob o seu cuidado..."O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como a promoção de melhor qualidade de vida e a diminuição das desigualdades em saúde. No período neonatal, momento de grande vulnerabilidade na vida, concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). 1. É na primeira semana de vida, em especial no primeiro dia de vida (representando 25%), que se concentram as mortes infantis no País. 2. As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande importância, pois influenciam a condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. Cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intrauterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros. A gestação e o nascimento devem ser priorizados na atenção à saúde da população. A partir deste cenário, em que o estabelecimento de medidas para a melhoria da saúde da gestante e do RN se apresenta como grande desafio para a redução da mortalidade infantil no País e promoção da qualidade de vida, torna-se necessária a conformação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, nas quais a unidade hospitalar constitui-se em um dos pontos de atenção, uma vez que isoladamente não é suficiente para prover o cuidado integral.

**Atenção à Saúde do Recém-Nascido**  
**Guia para os Profissionais de Saúde**  
**Ministério da Saúde**  
**1.1 Situação das condições de nascimento e mortalidade infantil no Brasil: fatores de risco e marcadores assistenciais**  
 A análise das condições de nascimento e de morte das crianças é necessária para orientar as ações dos serviços de saúde e alcançar patamares desejáveis de saúde para a população brasileira. Da mesma forma, a boa qualidade da atenção nos serviços de saúde é fundamental para o planejamento e adequação da assistência. São essenciais o conhecimento e a análise, entre outros, do perfil dos nascimentos e das mortes, assim como de indicadores assistenciais como as frequências de: • Cesarianas. • Prematuridade. • Mães adolescentes. • Baixo peso ao nascer. • Mães com baixa escolaridade. • Asfixia ao nascer. • Mortalidade. A avaliação da assistência utilizando a informação é importante para as mudanças na situação de saúde e doença da população e para a redução das disparidades sociais. No Brasil, as informações estão disponíveis em sistemas informatizados. Entretanto, há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, desde as declarações de óbito e de nascidos vivos, o prontuário, a autorização de internação hospitalar (AIH) e outros sistemas de notificação de agravos, além de instrumentos importantes como o Cartão da Gestante e a Caderneta de Saúde da Criança.

**1.2 Perfil dos nascimentos no Brasil: velhas questões e novos desafios**  
 O sistema de informação sobre nascidos vivos (Sinasc)3 nascimentos em cada hospital, município e estado para caracterizar a população, auxiliar no planejamento e calcular taxas de mortalidade, por exemplo, hospitalares. Tem como documento básico a Declaração de Nascido Vivo (DNV), cujo modelo em vigor está disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis\\_nasc\\_vivo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_nasc_vivo.pdf)>. A DNV deve ser fornecida

pelo hospital a cada criança que nasce com vida, o que é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>4</sup> possibilita traçar o perfil dos como: Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo A expulsão completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respira ou apresenta quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não despreendida a placenta. estabelece que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde da O ECA<sup>1</sup> gestante são obrigados a fornecer a DNV, com dados sobre o parto e o RN. A cobertura do Sinasc abrange mais de 90% do total de nascimentos do País, e de forma geral seu preenchimento é adequado.<sup>5</sup> Entre 2000 e 2005, mais de três milhões de crianças nasceram a cada ano no Brasil (Figura 1). A análise dos dados obtidos no MS/SVS/DASIS/CGIAE mostra que se mantém em queda o número de nascimentos em quatro regiões, sendo o Norte a única região que apresentou tendência inversa, possivelmente em decorrência da melhoria da cobertura do sistema de informação. Figura 1- Número de nascidos vivos. Brasil e Grandes Regiões. 1999 a 2008 Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE \* Dados preliminares Em 2008, houve redução de 339 mil nascimentos com relação ao ano de 1999. A queda mais acentuada continua nas regiões Sudeste e Sul. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde Ministério da Saúde Nas últimas três décadas houve grande queda da taxa de fecundidade (número médio de filhos nascidos vivos por mulher) no País, de 4,3 em 1980 para 1,8 em 2006, variando entre 2,3 filhos na região Norte e 1,7 filhos no Sul e no Sudeste. Outra situação de grave desigualdade no País: enquanto as mulheres com mais de 12 anos de estudo têm, em média, um filho, as mães sem instrução têm 4,2 filhos.<sup>6</sup> Nos extremos de idade materna, como se verifica na Tabela 1, a proporção de mães ado-lescentes vem diminuindo no País, mas ainda é expressiva (20,4% em 2008), sendo maior na região Norte (27,2%) e menor na Sudeste (17,0%). Observa-se um ligeiro aumento da proporção de mães com mais de 35 anos de idade, de 8,1% em 1997, para 9,9% em 2008. Tabela 1 - Proporção de nascidos vivos de mães adolescentes. Brasil e Grandes Regiões, 1997, 2000 e 2008 Ano Grandes Regiões Brasil Norte Nordeste Sudeste Sul Centro-Oeste 1997 31,3 25,9 20,4 21,2 27,0 23,5 2000 30,7 26,4 20,2 21,3 26,2 23,5 2008\* 27,2 23,2 17,0 18,4 20,4 20,4 Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE. \*Dados preliminares. A escolaridade materna é outro fator de risco importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica. Segundo dados do MS/SVS/DASIS/CGIA, 40% das mães em 2008 tinham menos de 8 anos de instrução, variando entre 39% na região Nordeste e 28% na Sudeste, novamente demonstrando as desigualdades sociais existentes no País. A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil. No Brasil, 6,7% dos NV foram pré-termo em 2008, variando entre 4,8 e 7,7% nas regiões Norte e Sudeste, respectivamente, e 0,7% foram pós-termo. Vem sendo registrado aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer em capitais e cidades de maior porte no País, como o Rio de Janeiro (12%) e Pelotas (16%), o que tem sido fonte de grande preocupação.<sup>7,8</sup> Os estudos apontam que este aumento está relacionado às taxas crescentes de cesarianas programadas com interrupção indevida da gravidez, sem justificativa médica, tendo como consequência a prematuridade iatrogênica e aumento do risco de morte infantil e perinatal,<sup>9,10</sup>

mesmo entre os RN prematuros tardios com peso adequado ao nascer. O baixo peso ao nascer (< 2.500g) é o fator de risco isolado mais importante para a mortalidade infantil. É maior nos extremos de idades da mãe e está em torno de 8% no País: 7,9% Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo em 1996, 8,2% em 2007 e 9,3% em 2008 (Figura 2). A prevalência é maior no Sudeste (9,1%) e no Sul (8,7%), o que pode estar associado a maiores taxas de cesariana. 7,8, 11 Crianças de muito baixo peso ao nascer (< 1.500g) representam de 0,9% (no Norte) a 1,4% (no Sudeste) dos nascidos vivos. Embora essa prevalência não seja alta, 26,2% (região Norte) e 39,% (região Sul) dos óbitos infantis ocorrem nesse grupo de bebês, o que reforça a importância da organização do sistema de assistência de saúde à gestante e ao RN de risco. 2 Figura 2 - Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer segundo idade da mãe. Brasil - 2000 e 2008 Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE. \*Dados preliminares. O adequado acompanhamento pré-natal possibilita a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno para intervenção. A proporção de gestantes que fizeram sete ou mais consultas pré-natais aumentou de 46% em 2000 para 53% em 2008, com importantes diferenças regionais: 68% no Sul, 35% no Nordeste e 29% no Norte 5 (Figura 3); 2,5% não fizeram acompanhamento pré-natal. Aumentou também a proporção de gestantes com início do acompanhamento no 1o trimestre da gestação entre 1996 e 2006 (de 66% para 84,1%) e que receberam duas ou mais doses de vacina antitetânica (45,3% para 50,5%); 6 porém, está ainda bem abaixo do desejável. A qualidade, e não apenas o número de consultas, é atualmente o grande desafio assistencial. A nutrição materna está relacionada ao baixo peso ao nascer e à prematuridade. Em 2006 cerca de 4% das mães no Brasil foram consideradas desnutridas (IMC < 18,5), valor 33% menor que o da década anterior. 2 A atenção hospitalar ao parto é superior a 95% desde 1994 no Brasil, atingindo 97,9% em 2006, com menor valor (85%) na região Norte. Os partos são, na sua grande maioria, atendidos por profissionais habilitados (médicos e enfermeiros, em 95,9% dos partos) e 88% são realizados por médicos, com menor proporção nas regiões Nordeste e Norte. 2 esse índice, Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde Ministério da Saúde Figura 3 - Proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natais, por regiões, Brasil, 2008 Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE A proporção de partos cesáreos segundo dados do MS/SVS/DASIS/CGIAE elevou-se de 40,2% em 1996, para 50% em 2008 entre os tipos de partos classificados, com as maiores taxas na região Sudeste (55,7% em 2008) e tendência crescente em todas as regiões (Figura 4). Essa situação aponta a necessidade de ações mais efetivas para a redução da realização de cesarianas desnecessárias, já que é fator de risco para a prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidades neonatal e materna. 13, 14 Figura 4 - Proporção de nascidos vivos de partos cesáreos. Brasil e regiões. 1997 a 2008 \*Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE. \*Dados preliminares. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo A proporção de cesáreas entre as mulheres de baixa escolaridade (menos de oito anos de estudo) é próxima de 20%, e quase 70% entre as mães com 12 ou mais anos de estudo. A proporção de cesáreas em primíparas em 2005 foi de 50,2%, 5 que os partos subsequentes sejam cirúrgicos, com exposição a maiores riscos materno e infantil. 5, 13, 14 No Brasil nascem mais crianças do sexo masculino, cerca de 3% a mais que crianças do sexo feminino. Em 2008, dos 2.931.731 nascidos vivos, 51,2% foram do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino.

Mais da metade (51,7%) de todos os nascidos vivos foi registrada como parda ou negra na DNV segundo o Sinasc 2008.3A incidência de malformações congênicas (MFC) ao nascer, dado que consta na DNV, é subestimada, pois as mais graves levam a perdas fetais, enquanto outras são de difícil diag-nóstico e podem não ser percebidas no momento do nascimento.5esta ocorrência em aproximadamente 2 a 3% dos nascidos vivos.15 O Sinasc é a única fonte de dados de base populacional que contém essa informação no Brasil. Em 2008 foram registrados como portadores de MFC 0,65% dos NV, sendo 43% dos casos relacionados ao sistema osteomuscular (Quadro 1).Quadro 1 - Frequência e distribuição dos malformações congênicas em presumidos vivos. Brasil, 2008Malformação: sistema nervoso 2.304 12Malformação: olho, ouvido, face e pescoço 953 5Malformação: aparelho circulatório 1.084 6Malformação: aparelho respiratório 210 1Fenda labial e palatina 1.307 7Outras malformações do aparelho digestivo 890 5Malformação: órgãos genitais 1.314 7Malformação: aparelho urinário 446 2Malformação: sistema osteomuscular 8.193 43Outras malformações congênicas 1.277 7Anomalias cromossômicas ncop\* 1.108 6Hemangioma de qualquer localização 107 1Total com anomalia 19.193 100Sem anomalia 2.912.538Total de Nascidos Vivos 2.931.731Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE . MC=Mal formação congenita. \*Não classificadas em outra parte fator predisponente para A literatura aponta Anomalia No % entre as MCAtenção à Saúde do Recém-NascidoGuia para os Profissionais de SaúdeMinistério da Saúde1.3 Perfil dos óbitos infantis e perinatais no BrasilO sistema de informação sobre mortalidade (SIM) permite a análise de informações sobre óbitos maternos e de crianças para avaliação das ações realizadas. Tem como documento básico a Declaração de Óbito (DO), cujo modelo em vigor está disponível em:<[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao\\_obitos%20.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracao_obitos%20.pdf)>.Esse documento deve ser preenchido pelo médico que tratava da pessoa que morreu, em caso de morte natural, e por perito legista em caso de morte decorrente de causa não natural (acidentes e violências), segundo fluxo padronizado.16A análise de mortes de crianças e mulheres por causas evitáveis – eventos-sentinela - ou seja, que refletem o funcionamento da rede assistencial, permite identificar oportunidades perdidas de intervenção pelos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas e evitar novas ocorrências.Esse sistema permite ainda a construção das taxas de mortalidade hospitalar para avaliação da qualidade da assistência oferecida.A estruturação dos Comitês de Investigação de Óbitos Infantis e de Óbitos Maternos, para avaliação dos serviços, é recomendada pela legislação brasileira como ação estratégica para aprimoramento da atenção de saúde.16,171.3.1 Mortalidade infantilIndicador da condição de vida e saúde da população, a mortalidade infantil no Brasil vem apresentando queda progressiva, porém em ritmo ainda aquém do desejado. Esforços es-pecíficos por parte de toda a sociedade, em especial dos serviços e profissionais de saúde, são necessários para acelerar a sua redução e o alcance de índices mais dignos para a população brasileira.A mortalidade neonatal (entre 0 e 27 dias de vida) representa cerca de 60 a 70% da morta-lidade infantil e, portanto, maiores avanços na saúde da criança brasileira requerem maior atenção à saúde do RN.Encontra-se registrado no SIM que 43.638 crianças morreram no País antes de completar um ano de vida em 2008, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 19,38 por mil nascidos vivos.18 A queda da mortalidade infantil no País é expressiva (Figura 5), com menor velocidade no componente neonatal precoce (0-6 dias de vida).

Há ainda desigualdade persistente entre regiões e classes sociais, com taxas maiores entre os pobres. Para promoção Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo de equidade, portanto, é preciso maior empenho dirigido à população com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, menor escolaridade, maior vulnerabilidade e maior necessidade de atenção integral qualificada, resolutiva e continuada de saúde. Figura 5 - Taxa de Mortalidade Infantil e componentes. Brasil, 1997 a 2008\* Fonte: MS/SVS/DASIS/CGIAE. \*Dados preliminares. As afecções perinatais representam a causa mais frequente de morte no primeiro ano de vida e de morte de crianças menores de cinco anos. A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança, e por causas consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade. 120 número elevado de mortes por asfixia intraparto, sobretudo de crianças com peso adequado ao nascer e em gravidez de baixo risco, demonstra o grande potencial de evitabilidade dessas mortes. A asfixia neonatal é ainda uma das principais causas de morbidade hospitalar em RN e de sequelas graves para o indivíduo. Por outro lado, mortes por pneumonia, diarreia e desnutrição persistem como causas importantes e evitáveis de mortes de crianças, incidindo principalmente no período pós-neonatal (28 dias a 1 ano de vida). 1.3.2 Mortalidade fetal e perinatal O óbito fetal, morte fetal ou perda fetal, segundo a OMS, 4 é a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez; indica o óbito o fato do feto, depois da separação, não respirar nem apresentar nenhum sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde Ministério da Saúde É obrigatório o fornecimento de uma Declaração de Óbito Fetal, a ser feita no mesmo impresso utilizado para o atestado de óbito, sempre que a idade gestacional for igual ou maior que 20 semanas. 190 registro civil do caso, em cartório, deve ser feito no livro de Nascidos Mortos. A Figura 6 apresenta a taxa de mortalidade perinatal (período que se estende da 22ª semana de gestação até os 7 primeiros dias de vida) nas oito unidades da Federação em que é possível calcular a partir de dados diretos, utilizando-se o SIM, o SINASC5 e os dados do MS/SVS/DASIS/CGIAE. Figura 6 - Mortalidade perinatal/1.000 nascidos em unidades da Federação selecionadas Fonte: SIM e SINASC (1997, 2001) MS/SVS/DASIS/CGIAE (2008) Observa-se tendência de redução da mortalidade perinatal nos estados citados na Figura 6 entre 1997 e 2008, com as menores taxas em Santa Catarina e Distrito Federal (11,7 e 11,8/1000 nascimentos vivos e mortos, respectivamente). O País ainda não incorporou o óbito fetal por causas evitáveis no cotidiano do trabalho e análise em saúde. Suas circunstâncias são semelhantes à morte neonatal precoce e contribuem para a manutenção de taxas elevadas da mortalidade perinatal. 161.4 Sistema de informação hospitalar (SIH) Disponível para consulta em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0202>>. Permite sistematizar as informações sobre as internações, para avaliação da atenção hospitalar. Esses dados podem ser selecionados por sua relevância e frequência, e propiciam o monitoramento de eventos-sentinelas como asfixia, tétano neonatal, sífilis, HIV/Aids, rubéola, hepatite e toxoplasmose congênitas, entre outros, assim como os óbitos durante a internação. Brasil, 1997, 2001 e 2008 Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo 1.5 Rede de assistência ao RN operando a vigilância em saúde O



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>gestante e o RN passam pelo serviço de saúde durante a doença que levou à morte e não obtêm a resposta apropriada e em tem-po oportuno. Muitas vezes as unidades de saúde encaminham a criança à maternidade onde nasceu alegando não ser de sua responsabilidade o seu atendimento e vice-versa, perdendo a oportunidade de intervenção e expondo-a a riscos desnecessários. Acolher o RN e a gestante e responder de forma qualificada é um compromisso de todo profissional e serviço de saúde para a prevenção da morbidade e de mortes infantis evitáveis. • Abordagem de risco garante que a atenção adequada - imediata e continuada - seja destinada a cada criança e mulher, sem perda de oportunidade de ação da saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido Guia para os Profissionais de Saúde A Saúde do Recém-Nascido no Brasil 1 Capítulo • Vigilância à saúde, compreendida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas como a busca ativa, para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde...."</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessária a presença de pediatra na sala de parto independente se considerada de baixo risco ou nao.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O recém nascido de baixo risco precisa de cuidados imediatos ( que devem ser instituídos nos primeiros 30 segundos de após o primeiro minuto de vida ) realizados pelo pediatra. A curto prazo a falta do pediatra na sala de parto levará a aumento dos óbitos neonatais e maior necessidade de leitos de Uti neonatal, a médio prazo maior número de crianças com sequelas de anoxia neonatal e maior necessidade de tratamentos de reabilitação e famílias com um membro( habitualmente a mãe) sem condições para trabalhar devidos aos cuidados requeridos pelos filho sequelado.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: a mesmas já citadas anteriormente</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em 20 de trabalhando como neonatologista em sala de partos, aprendi que mesmo quando não há nenhum indicativo de sofrimento fetal o RN pode não nascer vigoroso, necessitando durante este primeiro minuto de vida, que é de grande importância e determinante, de ajuda para fazer esta travessia da vida intra para a extra uterina, e estar com tudo pronto e a espera deste nascimento também determinante, assim sendo não é nem razoável, tirar dos RNs este direito de uma assistência capaz e competente em um momento tão importante e crucial.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra retirar o pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra com capacidade para reanimação neonatal na sala de parto é extremamente necessário em qualquer situação! Houve-se uma redução significativa na mortalidade neonatal após a sistematização do atendimento de urgência. E vale reforçar que uma cesárea eletiva pode rapidamente evoluir para uma cesárea de urgência.</p> <p>2ª: A VPP (ventilação com pressão positiva) é uma técnica utilizada na reanimação neonatal. Ela reduziu significativamente a mortalidade infantil. Os pediatras estudam no mínimo 8 anos e se atualizam constantemente para aprender as melhores condutas possíveis. Seria um caos retirá-los da sala de parto. As crianças não merecem pagar com a vida a má administração da saúde desse país. É uma vergonha! Que fim chegamos!?!?</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acredito que é um direito de toda a criança ter um pediatra na sala de parto. Essa medida relativamente simples pode evitar problemas perinatal como a hipoxia perinatal que é tão onerosa aos serviços de saúde e tão penoso para a família.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Deve ter um profissional habilitado para cuidar do RN em todos os partos.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A retirada do pediatra da sala de parto dos RN termo não tem respaldo técnico e representa um risco para esses pacientes. Apesar das taxas de reanimação serem pequenas nessa faixa etaria, e fundamental entender que isso so e possivel porque profissionais treinados estao presentes e tomam medidas imediatas para que a reanimação não seja necessária. Retirar o pediatra da sala de parto dessas crianças significa aumentar o risco de intercorrências e possiveis sequelas para RNs que, se atendidos prontamente, poderiam sair ilesos. O maior exemplo disso e a síndrome de aspiração meconial, que necessita intervenção imediata e pode levar a sequelas graves, e é mais incidente quanto maior a idade gestacional.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Um prejuízo grande para a sociedade a resolução que diz ser desnecessária a presença de um pediatra na sala de parto. Todos os dias vejo partos normais ou cesáreas de mães jovens saudáveis com recém nascido deprimido. Se não fosse por nós, esses bebês com certeza morreriam ou teriam sequelas pra sempre.Perigosa e muito danosa essa resolução.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou graduanda em medicina e atualmente curso o internato de Ginecologia e Obstetrícia, nesses tempos presenciei inúmeras situações em que a presença do Pediatra/ Neonatologista foi fundamental, inclusive em casos onde não havia qualquer indício de sofrimento fetal ou risco materno fetal, seja pelo exame físico, por amnioscopia ou por cardiotocografia. Não há nenhum profissional tão habilitado para a reanimação neonatal quanto o Pediatra. Além disso, em um parto humanizado se faz necessária a presença deste profissional para assegurar todo o cuidado ao RN. A equipe multiprofissional é essencial e dentro dela cada um tem o seu papel. Estudos demonstram que a presença do Pediatra contribuiu para a diminuição da mortalidade neonatal. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A urgência no primeiro minuto de vida de um recém-nascido pode ocorrer inclusive em partos sem sofrimento fetal e o pediatra na sala é imprescindível para evitar a paralisia cerebral no futuro. Esse é o mesmo princípio pelo qual a comunidade médica não aconselha partos em domicílio com doula. As sequelas em um recém-nascido são para a vida toda e comprometem a família inteira portanto não vale a pena correr este risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Está mais do que comprovado, conforme programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria que houve uma redução substancial da morbidade e mortalidade neonatal com a instituição da assistência obrigatória de um médico especialista pediatra e qualificado com curso de reanimação na sala de parto. Dessa forma, retroceder e retirar a assistência deste profissional da sala de parto irá apenas aumentar a mortalidade infantil, principalmente neonatal e sem falar que o número de asfixiados graves e com morbidades crônicas só tende a aumentar, o que não trará apenas angústia e tristeza para a família cuidadora ( que aguarda um bebê idealizado), mas aumentará gastos do próprio governo a curto prazo ( longas internações em UTI e suas complicações), médio e longo prazo, já que será um indivíduo que dependerá do governo e não será participante da população economicamente ativa, deverá estar inserido em programas de reabilitação e sem falar nas inúmeras hospitalizações que ocorrerão ao longo da vida deste indivíduo.Tendo em vista tudo o que foi colocado acima, sou contra a retirada do pediatra da assistência ao recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto se faz necessária pois, além de vários estudos científicos mostrando que parto cesariana têm maiores chances de complicações para o recém-nascido do que o parto vaginal, mesmo recém-nascidos de baixo risco podem necessitar de assistência ventilatoria imediata ao nascimento e o único profissional capacitado pra proceder uma intubação oro-traqueal, se necessária, é o médico.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A Sociedade Brasileira de Pediatria, que segue preceitos internacionais, tem se esforçado em treinar cada vez mais profissionais para reanimação neonatal em sala de parto. Na SES estou como assessora da coordenação de maternidades estaduais e a SES atua em suas unidades de acordo com os preceitos do Ministério da Saúde mas também tentando não ferir os preceitos das sociedades médicas (pediatria e ginecologia), de enfermagem e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência materno-infantil do parto. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Como médica pediatra e neonatologista, que além de estar na área de gestação também trabalha na ponta no atendimento direto de RNs em sala de parto e UTI neonatal, vejo a importância do treinamento dos pediatras para uma rápida ação se necessária. Hoje, vemos que muitas vezes não é necessário intervir no RN após o nascimento. Se este é um RN a termo, nasce bem, parto sem intercorrências, muitas vezes a avaliação e no colo da mãe, vendo-se esse RN encontra-se com boa vitalidade. Se assim estiver, no colo da mãe ele permaneceu. Mas, se mesmo num parto considerado de baixo risco, esse RN nasce apneico, hipotônico, banhado em meconio espesso ou com outras intercorrências agudas da hora do parto, o momento para esse RN reagir é de 1 minuto - o minuto de ouro. Momento fundamental para o profissional agir e não deixar esse RN morrer ou ter sequelas neurológicas para o resto da vida. RN e mãe são pacientes independentes e a importância de 1 não diminui a do outro. Essa pesquisa colocada subestima os riscos para a assistência de um RN. Sou a favor de menos intervenção na gestante e RN, a favor do parto normal realizado em unidades hospitalares com humanização do atendimento multiprofissional, a favor da diminuição das cesáreas eletivas, mas a favor também da presença na sala de parto dos profissionais habilitados para intervir, se necessário, com mãe e filho. Peco que o MS rediscuta esse pensamento que afasta o pediatra da assistência na sala de parto e incentive mais o treinamento dos mesmos,, independente do tipo de parto e risco do mesmo, para o bem do RN e dos pais, que terão um filho bem assistido, vivo e sem sequelas neurológicas indo para casa, formando uma nova família.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É comprovado cientificamente que, mesmo em casos de gestação de baixo risco, há o risco de necessidade de reanimação neonatal em sala de parto. Sem dúvidas, o pediatra é o profissional melhor capacitado para tal. Negar a necessidade de sua presença em sala de parto (ainda mais nos dias de hoje, com a alta incidência de cesarianas eletivas) é o mesmo que admitir a ocorrência de atendimento não qualificado e a possibilidade de sequelas irreversíveis nos nossos recém nascidos. É necessário a humanização da saúde mas, por favor, não sejamos irresponsáveis.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, deve ser seguida a recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ), onde orienta que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.Felizmente não é o caso da grande maioria das nossas cidades, onde é possível ter pediatra melhor habilitado para tal função. Não deve ser colocado como regra a exclusão do pediatra em sala de parto, o que pode acarretar em muitos riscos para a sobrevivência dos recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Não fico satisfeita com esta decisão,pois sabemos e pesquisas revelam que um pouco mais de 50% das parturientes decidem pelo parto cesáreo,mas também o risco de morte durante e depois do parto é visível e também existem estudo sobre isto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Enquanto enfermeira obstetra com atuação em unidade de cuidados intermediários neonatal em Hospital terceário universitário posso observar que muitas cesáreas são mal indicadas, e muitos casos tem demandado reanimação, portanto considero arriscado que esteja presente qualquer outro profissional, mesmo que com habilitação em reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: "Apresentação Pélvica" A VCE, de acordo com as evidências científicas é sim possível e indicada de ser realizada após a 36a. semana, inclusive se recomenda até o termo.  <a href="http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term">http://www.cochrane.org/CD000083/PREG_external-cephalic-version-for-breech-presentation-at-term</a>  <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a>Realizamos com a equipe a VCE e os resultados são extremamente favoráveis. Claro que seguindo critérios e consentimento informado da mulher. Discordo que partos normais após cesariana sejam apenas realizados em hospitais. A recomendação de parto normal após cesariana deva ser necessariamente acompanhado no hospital vai contra a autonomia e escolha da mulher. Da mesma forma que as evidências corroboram com a prática no domicílio.  <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a>  <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12172/abstract</a>Então uma cirurgia que trás riscos para uma mulher pode ser de livre escolha, mas ela escolher um parto pélvico ou parir em casa após uma cesárea não pode? Dois pesos e duas medidas? Sem contar que vai contra as evidências científicas. Não compreendo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Para não piorar a saúde do brasil, melhor atenção na sala de parto leva a diminuição da morbimortalidade e diminuição dos pacientes com alterações neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho um absurdo , diante da REALIDADE que diuturnamente vivenciamos, como Pediatras com atuação também em salas de parto , em que nos deparamos com quadros graves de hipóxia perinatal , mesmo em recém-nascidos de " baixo risco " ( entenda-se aqui também gestações ) , que uma medida dessa , burocrática , certamente elaborada por " intelectuais " , sem prática e / ou experiência com a situação, seja , simplesmente feita sem consulta à própria Sociedade Brasileira de Pediatria , visando com isso tão somente , introduzir " outro profissional da área de saúde " , " treinado em reanimação neonatal " , em SUBSTITUIÇÃO ao MÉDICO , numa manobra , outra !! , de tirar do Médico e o que é pior , do PEDIATRA , o direito de cuidar adequadamente daquele que sempre foi seu paciente. Fere o ECA , a criança, a família da criança e o médico! Mais uma vez , querem praticamente, cassar nosso direito de exercer o ato médico!! Pergunto ainda : QUEM cuidará das inúmeras sequelas neurológicas provenientes dessa medida ??!! " Profissionais treinados em neurologia " ??!! Quem dará o suporte a estes pacientes que agravam , muitas vezes ainda no curso da reanimação neonatal ...?? Quem assumirá o ônus dessas consequências ?? Quem será responsabilizado qdo não der certo ...??!!! Quem pode garantir o que é ou não é , ou que não vai se transformar em risco , na hora " H " ...???! E os obstetras .... Já sabem dessa resolução...???! Que ficarão SEM PEDIATRAS nas suas SALAS de PARTO??? Retrocesso . O mundo caminha para frente .... Aqui , no Brasil , infelizmente não ... Triste . Lamentável. Lutamos tanto para garantir que a criança, gestante , família, tivesse DIREITO a ter o PEDIATRA na sala de parto , para nada !! Estudamos tanto , investimos tanto , nos atualizamos , obrigatoriamente, a cada dois anos , para podermos fazer sempre o melhor ... E vem uma medida absurda assim ...Que DEUS nos salve !!!!!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contra a ausência de pediatra na sala de parto, incluindo nas situações de cesária não urgente pois vai contra a tudo que estudamos em relação as consequências severas aos RNs. A saúde no Brasil deve evoluir e não regredir . Será que o governo prefere pagar pensão para indivíduos incapazes para a sociedade à investir em pediatra na sala de parto?</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que é inquestionável a necessidade de pediatra em toda e qualquer cesareana e na falta deste em locais longínquos, a presença do peofissionais habilitado que ouver, se possível capacitado em ventilação pulmonar, visto que toda cesária é imprevisível, uma em que falte a assistência adequada ao nascer o bebe as sequelas sao perenes e muitas vezes definitivas! O desnecessáriobé o excesso de cesareanas isto sim deve ser revisto, não a necessidade do pedoayra em sala de parto cesareana. Na cesareana deixa de existir um estímulo natural ao ato respiratório primário que é a expressão pelo canal de parto, sou pediatra e observo em todas as cesárias uma dificuldade maior do bebe em chorar e iniciar a respiração em relacao ao parto natural sem sofrimento.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: baseado nas atuais evidências científicas é inadmissível a sugestão de não haver pediatra na sala de parto, uma vez que algumas manobras de reanimação são exclusivas de realização médica, tendo este treinamento para tal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nós, profissionais da área da saúde sabemos o quanto é importante a presença do pediatra na sala de parto. Eu já presenciei inúmerase cesarianas de termo é sem fator de risco que os RNS evoluíram com desconforto respiratório e se não fossem bem assistidos pelos pediatras teriam evoluído com sequelas neurológicas. Acho a medida absurda. Infelizmente isso prejudicará os mais carentes pois quem puder vai pagar.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Inadmissível retirar pediatra da sala de parto, considerando a preparação precária de outros profissionais de saúde para o exercício desta pratica. A decisão de retirar o medico,unico profissional preparado para sala de parto, sem programas de formação direcionados ao atendimento do RN,coloca em risco a assistência da populacao</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A assistência ao recém-nato à termo e sem risco deve ser feito por profissional de saúde capacitado em reanimação neonatal, não sendo exclusivo do médico pediatra</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do pediatra no momento do parto cesárea é de extrema importância. Várias vezes presenciei e precisei intervir com manobras de reanimação em recém- nascido de cesáreas aparentemente " sem risco". A retirada do neonatologista pode acarretar consequências graves, podendo aumentar tanto a mortalidade quanto a morbidade desses RNs. A mortalidade neonatal no Brasil vem diminuindo nas última décadas, não podemos retroceder nos avanços já alcançados. A mortalidade infantil ainda precisa diminuir e diversos estudos mostram que os esforços devem se concentrar no período neonatal, pois concentra as maiores taxas de mortes evitáveis .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Pela minha experiência profissional, a imprevisibilidade do resultado de uma cesárea mesmo nas condições descritas sem a presença de um pediatra com experiência torna a proposta potencialmente irresponsável.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra neonatologista extremamente importante na sala de parto mesmo sendo cesarea eletiva sendo de gestação sem risco pq pode haver intercorrências mesmo neste caso e a importancia de atendimento pelo neonatologista experiente o mais rapido possivel para melhor morbidade e diminuicao de mortalidade</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Objetivo de garantir um atendimento adequado pelo profissional de saúde ao recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de suma importância a presença do pediatra em qualquer sala e parto , visto que a necessidade de reanimação pode ocorrer mesmo nos partos de baixo risco. É necessário que exista um profissional treinado e bem capacitado para este atendimento, caso este se faça necessário.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A recomendação da CONITEC não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco e a demora em iniciar a reanimação de maneira eficiente por profissional habilitado, leia-se pediatra treinado em reanimação neonatal, pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as seqüelas neurológicas. O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o sexto minuto após o nascimento, independente do peso aoi nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012; 87:869-73)</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO:Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatalda Sociedade Brasileira de Pediatria Texto disponível em <a href="http://www.sbp.com.br">www.sbp.com.br</a> - 1º de abril de 20132PARTE 1 - RN COM IDADE GESTACIONAL MAIOR OU IGUAL A 34 SEMANASO texto abaixo é uma atualização do documento científico divulgado em janeiro/2011,com base nos livros:- Textbook of Neonatal Resuscitation. 6th ed. (AAP &amp; AHA), lançado em maio/2011;- Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde (SBP), lançado em junho/2012.As atualizações estão realçadas em cinza.1. IntroduçãoNo Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais(1). Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto, mesmo quando se espera pacientes hígidos sem hipóxia ou asfixia ao nascer(2,3). Deve-se lembrar que, em nosso país, entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram ao dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênitas(4).Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação compressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente(5). A necessidade de procedimentos de reanimação é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer(2,3). O parto cesárea, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, também eleva o risco de que a ventilação ao nascer seja indicada(6).Estima-se que, no país a cada ano, 300.000 crianças necessitem ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 prematuros de baixo peso precisem de assistência ventilatória na sala de parto.As práticas da reanimação em sala de parto baseiam-se nas diretrizes publicadas pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), que inclui especialistas dos cinco continentes, com representantes brasileiros. Tais especialistas, após processo de revisão baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, elaboram a cada cinco anos consensos sobre ciência e recomendações terapêuticas referentes a diversos aspectos da reanimação neonatal.Cada país, a partir do documento do ILCOR, adapta as condutas às suas necessidades e especificidades. Nesse contexto, o texto a seguir foi construído com base nas recomendações do ILCOR e nas condutas adotadas pelo Neonatal Resuscitation Program da Academia Americana de Pediatria e Associação Americana de Cardiologia, ambas publicadas em outubro de 2010(7-10).2. O preparo para a assistênciaO preparo para atender o recém-nascido na sala de parto consiste inicialmente na realização de anamnese materna, na disponibilidade do material para atendimento e na presença de equipe treinada em reanimação neonatal.As condições perinatais descritas no quadro abaixo chamam a atenção para a possibilidade de a reanimação ser necessária.Quadro 1: Condições perinatais associadas à necessidade de reanimação neonatal</p> <p>Fatores Antenatais</p> <p>Idade &lt;16 anos ou &gt;35 anos</p> <p>Idade Gestacional &lt;39 ou &gt;41 semanas</p> <p>Diabetes Gestação múltipla</p> <p>Hipertensão na gestação</p> <p>Rotura prematura das membranas</p> <p>Doenças maternas</p> <p>Polidrâmnio ou Oligoâmnio</p> <p>Infecção materna</p> <p>Diminuição da atividade</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>fetalAlo-imunização ou anemia fetal Sangramento no 2o ou 3o trimestres Uso de medicações (ex. magnésio e bloqueadores adrenérgicos) Discrepância entre idade gestacional e peso ao nascer Uso de drogas ilícitas Hidropsia fetal Óbito fetal ou neonatal anterior Malformação ou anomalia fetal Ausência de cuidado pré-natal Fatores Relacionados ao Parto Parto cesáreo Padrão anormal de FC fetal Uso de fórceps ou extração a vácuo Anestesia geral Apresentação não cefálica Hipertonia uterina Trabalho de parto prematuro Líquido amniótico meconial Parto taquícardico Prolapso de cordão Corioamnionite Uso de opióides 4h anteriores ao parto Rotura de membranas &gt;18 horas Descolamento prematuro da placenta Trabalho de parto &gt;24 horas Placenta prévia Segundo estágio do parto &gt;2 horas Sangramento intraparto significativo Todo material necessário para a reanimação deve ser preparado, testado</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e a presença de um profissional especializado é imperiosa na sala de parto. Somos treinados a reconhecer e interferir em várias situações. Manobras, procedimentos e uso de medicamentos. Nenhum parto deve ocorrer sem a presença de um pediatra. Principalmente em se tratando de parto cesariano, a presença de um quadro de tratamento cirúrgico ao parto</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Todo parto pode vir acompanhado do fator surpresa, que pode necessitar de intervenção e preservar o bem estar da criança. Colocar pessoas não médicas para receber um recém nascido, é condenar seus pais, sua família a arcar com a irresponsabilidade de um governo desorientado, descoordenado. O governo deverá arcar com os custos desta família, caso haja complicações e o profissional responder civil e criminalmente pelo ato que desenvolverá na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os estudos científicos mostram que, em Sala de Parto normal ou cesariano mesmo sem fatores de risco, o Pediatra é o profissional melhor qualificado para a Recepção do RN pois o mesmo é treinado em todos os passos da reanimação. Nenhuma mãe quer ter seu filho como percentual. É direito do binômio mãe- filho ter o melhor, mesmo que ela esteja no SUS.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O reanimação neonatal poderá necessitar de procedimentos privativos de médicos, como intubação. Ou seja, o profissional habilitado necessariamente tem que ser médico. Ocorre que somente médicos pediatras fazem o curso de reanimação neonatal. Trata-se de um procedimento com baixíssima remuneração apesar da importância, não interessando a médicos de outras especialidades. Portanto, sugiro revisão da recomendação de "profissional adequadamente treinado", para pediatra com treinamento em reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurdo não proporcionar assistência pediátrica ao recém nascido em sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: manual de reanimação neonatal</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É inconstitucional. É um direito da criança ser atendida por um medico Pediatra. É um grande retrocesso na saúde dos futuros brasileiros. SOU TOTALMENTE CONTRA. É UM DESRESPEITO COM TODA UMA CATEGORIA DE MÉDICOS QUE DEDICA SUA VIDA EM PROL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTE.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acredito ser um grande retrocesso no atendimento e qualidade à assistência neonatal! Quantos neonatos nascidos de parto cesareano, em gestações de baixo risco, necessitaram de reanimação, o que lhes garantiu sobreviver e mais, com qualidade de vida? A anóxia neonatal não tratada tem efeitos irreversíveis à saúde infantil, isso é bem documentado e conhecido. E deixar um enfermeiro na sala de parto não resolve o problema! E se houver necessidade de intubação? E se houver parada cardíaca?? Quem assumirá e conduzirá a situação?? Acho realmente desumano e cruel com as crianças privá-las desse direito, o de ser bem assistida ao nascer!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O PEDIATRA É DE ESSENCIAL IMPORTANCIA EM SALA DE PARTO. COMO PEDIATRA NEONATOLOGISTA, ATUANTE, SABEMOS DA REALIDADE, QUE QUALQUER PARTO OU CESAREANA TRAZEM RISCO, E O PEDIATRA, CAPACITADO PARA REANIMACAO NEONATAL NAO SÓ SALVA VIDAS, COMO REDUZ DRASTICAMENTE MORBIDADE.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: ABSURDA ESSA PROPOSTA. O SUS DEVERIA CONSULTAR OS PEDIATRAS, NEONATOLOGISTAS E OBSTETRAS SOBRE A ATENÇÃO Á GESTANTE E AO RECEM NASCIDO. ESTAMOS RETROCEDENDO DE FORMA IMPRESSIONANTE NESSE ASPECTO DA SAUDE MATERNO-INFANTIL. TODO PARTO EH UMA URGENCIA MEDICA! É UMA IRRESPONSABILIDADE DEIXAR O NASCIMENTO NAS MÃOS DE QUEM QUER QUE SEJA QUE NAO UM PEDIATRA. VÃO FAZER O QUE QUANDO COMPLICAR? PEDIR SOCORRO? ASSIM COMO FAZEM NOS ATUAIS "PARTOS DOMICILIARES"? TODO TRABALHO DE PARTO EH PASSIL DE COMPLICACOES. POR MAIS SEM RISCO QUE TENHA SIDO A GESTAÇÃO! EH TAO ABSURDO TER QUE EXPLICAR ISSO! NEGAR A ASSISTENCIA DE UM PEDIATRA AO RECEM-NASCIDO É UMA VIOLENCIA CONTRA A CRIANÇA! REPUDIO UMA IDEIA DESSAS. COMO NEONATOLOGISTA E FUTURA MAE TENHO VERGONHA DO QUE ESTAO FAZENDO COM A SAUDE NAS MATERNIDADES DESSE PAIS.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todas as cesáreas bem como os partos normais devem ser assistidos por um médico neonatologista de preferência, na sua ausência deve contar com a assistência de um médico pediatra. todo neonato está sujeito a apresentar complicações independente da via de parto e estas devem ser rapidamente assistidas daí a necessidade do médico especialista na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Apoio a nota técnica que recém-nascidos sejam atendidos por neonatologistas, pelo o risco que são expostos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A mortalidade neonatal corresponde atualmente a cerca de 70% da mortalidade infantil, sendo que cerca de 1/4 dos óbitos neonatais são decorrentes à asfixia neonatal ou a complicações desta. A presença do pediatra em TODO nascimento garante ao recém-nascido um atendimento rápido e eficiente em caso de necessidade. Estima-se que 10% dos recém-nascidos SEM NENHUM fator de risco conhecido antecipadamente vão requerer atendimento médico especializado ao nascer para iniciar a respiração. O conceito do Minuto de Ouro (Golden Minute) significa que, ao final do 1o minuto de vida, o recém-nascido já esteja atendido e com suporte ventilatório garantido. A recomendação desta consulta, de que a presença do pediatra em sala de parto seja exclusiva em situações de risco para o bebê ou para a mãe, vai DE encontro às melhores práticas reconhecidas atualmente, retardando o atendimento ao recém nascido que necessita de cuidados e aumentando o risco de asfixia neonatal e suas complicações, inclusive impactando negativamente nas taxas de mortalidade neonatal e infantil.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sendo pediatra e neonatologista ha 28 anos, tenho certeza de que na nossa realidade, se faz imprescindível a presença de profissional especializado em sala de parto e reanimação do RN, exame físico minucioso, etc, visto que ainda temos defasagens no atendimento a gestante durante o pre-natal, assim como tem se mostrado pouca conscientização das mulheres grávidas quanto a importância do monitoramento prenatal. Resulta ai no momento do parto consequências destas situações citadas, com necessidade crescente de especialista disponível e presente para atenção imediata ao RN tanto de parto normal como cesareanas, para não citar o crescente número de gestações de alto risco e prematuridade.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Entendo ser necessária a presença de pediatra durante o processo de parto. Este profissional está habilitado a cumprir corretamente inúmeras atividades que um técnico ou profissional de outra área não pode fazê-lo com mesmo conhecimento, rapidez e discernimento. Não há como julgar precocemente se um parto vai gerar sofrimento fetal. Logo, abrir mão desse profissional na sala de parto é reconhecer o risco e admitir um erro que pode causar a perda de uma vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médico pediatra e trabalho com assistência a recém-nascidos em partos e cesárias há mais de 10 anos neste município. Considerando frequente a necessidade de ventilação de RN com máscara/balão e de manobras de reanimação mesmo em partos considerados de "baixo risco" e com gestantes à termo, e considerando o despreparo de muitos técnicos em Enfermagem sem curso para reanimação neonatal, considero imprescindível a presença do pediatra em todos os partos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Eu como pediatra e neonatologista e intensivista neonatal sou totalmente contra a retirada de pediatra na SAP. Vemos todos os dias reversão de asfixias graves. reanimação neonatal enfim vidas salvas por MEDICOS PEDIATRAS ESPECIALIZADOS EM CRIANÇAS. NAO PRECISAMOS DE PARAMEDICOS E TECNICOS EM SITUAÇÕES DE ALTO RISCO. VISTO QUE QUALQUER PARTO PODE EVOLUIR MAL. ATE MESMO A TERMO.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a retirada do pediatra da sala de parto. Com base na minha experiência clínica como neurologista, tenho visto inúmeras situações em que a reanimação neonatal feita de imediato foi responsável por salvar crianças de sequelas graves permanentes.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Há necessidade absoluta de pediatra capacitado em reanimação Neonatal em todos os partos, ainda que estes sejam eletivos, pois se algo de inesperado acontecer e o pediatra não estiver presente, o atraso no atendimento poderá ter consequências irreparáveis para o resto da vida do recém nascido. Imprescindível quando disponível.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: No item:Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto,comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas.Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externanão é recomendada.A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentaçãopélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal.Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalho de parto.Sugiro ressaltar a necessidade do respeito a autonomia da mulher e sua escolha.Se após orientação sobre os riscos e vantagem do parto normal pélvico a parturiente escolha por está via (vaginal) e não havendo outras comorbidades associadas sua escolha deverá ser respeitada. Tendo a instituição obrigação de indicar um profissional competente e com destreza para este tipo de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta&amp;#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.ReferênciasKattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta&amp;#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: É um absurdo considerar a possibilidade da ausência do pediatra nas cesarianas eletivas, trata-se de um retrocesso</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A proposta da sala de parto somente ser feita por pediatras em situações de risco conhecido foge ao recomendado pela literatura nacional e internacional, colocando o recém nascido em situação de risco aumentado. Todo recém nascido, assim como toda criança, tem direito a ser assistido da melhor forma possível. Oponho-me, como pediatra, veementemente a esta proposta. E me preocupo com o futuro da saúde da criança, com esse caminho de decisões.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Na nossa pratica clinica durante a graduação e residencia médica nos deparamos com vários recém-nascidos que teoricamente nasceriam sem intercorrencias porem apresentam complicações imprevisíveis sendo necessaria a presença de um profissional capacitado para a reanimação neo-natal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Depois de toda evolução na saúde queda da taxa de mortalidade infantil e materna retroceder no tempo. Tanto investimento em educação,especialização para perder tudo não e brincadeira.agora quando acontecer os emprevistos como vai ser,quem vai assumir?</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É indispensável a presença do pediatra na sala de parto normal e cesárea, mesmo que seja uma gestação a termo. No parto cesárea, o RN frequentemente costuma apresentar desconforto respiratório e no caso de extrações fetais difíceis pode ocorrer hipóxia e a ausência do pediatra pode atrasar uma reanimação adequada, agravando o quadro e deixando sequelas para uma vida inteira.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com o descaso com o pediatra e sua importancia</p> <p>2ª: Não concordo com o descaso com a importancia com o pediatra</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU MÉDICO PEDIATRA/NEONATOLOGISTA E RECHARÇO TOTALMENTE A PROPÓSTA DESCABIDA DESSES GESTORES QUE MAIS UMA VEZ ERRAM FEIO.....</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toda sala de parto tem q ter pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: É recomendado "não obrigatório" que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar.A forma e o local de nascimento deve ser discutida e escolhida no oitavo mês de gestação pela gestante, durante o pré-natal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Portanto todo RN tem o direito de ser recebido em sala de parto por pediatra treinado pelo programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, garantindo-lhe a melhor assistência e prevenção de sequelas da asfixia neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Penso ser um retrocesso tirar o pediatra da sala de parto! Todo recém nascido tem direito de ser atendido pelo médico pediatra mesmo que não exista risco de vida!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que seja necessário na sala de parto medico pediatra capacitado, independente se parto de alto ou baixo risco!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: REVER: A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal.Quando se oferece uma cesariana por apresentação pélvica deve-se aguardar o termo completo (pelo menos 39 semanas) e preferentemente o desencadeamento do trabalhode parto</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Houve grande avanço quanto ao atendimento ao RN na sala de parto através da implantação de diretrizes nos últimos 15 anos, com o treinamento de médicos, residentes e acadêmicos, e a consequente diminuição da morbi-mortalidade desses RNs. Sabemos que a maioria dos RNs nascem em boas condições, porém, há pelo menos 10% que necessitará de atendimento específico e que portanto se beneficiarão da presença do pediatra na sala de parto. Portanto, acho uma temeridade a ausência de pediatra em qualquer nascimento. Eu, como paciente ou acompanhante de paciente, não ficaria tranquilo numa condição como a relatada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Baseado em evidências científicas e na própria experiência profissional é extremamente necessária a presença de pediatra em sala de parto seja este vaginal ou cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a presença do pediatra em sala de parto é fundamental em todos os nascimentos, inclusive nos de baixo risco. baixo risco nao significa ausencia de risco; portanto, privar o recém nascido de um atendimento eappecializado caso necessario aumentará casos de asfixia neonatal e mortalidade no 1 ano de vida. sera um retrocesso</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O pediatra é essencial e imprescindível em toda sala de parto, seja ele parto vaginal ou cesareana. Mesmo em gestações de baixo risco, isto pode modificar no momento do parto e passar a ser uma necessidade. Sem contar que a atenção pre natal no nosso país nao é perfeita, e constantemente vemos coisas que nao deveria ser surpresas de acontecer nos partos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eu acho um absurdo o ministério da saúde, por meio de um documento público, publicar tanta atrocidade! Excluir o pediatra da sala de parto??? Como assim? Eu já presenciei vaaaaaarias situações em que um parto vaginal/cesariana considerado de baixo risco e sem qualquer intercorrência no pré-natal, e o recém nascido precisou de reanimação em sala de parto, sob o risco de hipóxia grave, caso essas manobras não fossem executadas por pediatra habilitado!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, o enfermeiro treinado e capacitado para o evento da assistência ao nascimento possui conhecimentos científicos e agrega outras capacitações para assistência ao RN.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Observação do serviço de neonatologia da maternidade da UPE indicando que as complicações referentes a tocotraumatismos e hipóxia neonatal, são menos frequentes nos RN de parto cesário, porem de igual gravidade em relação ao parto transvaginal. Necessitam pois, médicos com treinamento em neonatologia para atender adequadamente os neonatos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: „ASSISTENCIA AO R N É INDISPENSAVEL , COM A PRESENÇA DO PEDIATRIA,, OS PRIMEIROS MINUTOS SE NAO HOUVER ASSISTENCIA MEDICA ADEQUADA ,PODE DEIXAR SEQUELAS GRAVES PARA TODA UMA VIDA</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Incapacidade de medicos generalista na realização adequada de reanimação neonatal 2ª: -	
12/05/2015	Instituição de saúde	1ª: É recomendado a presença do neonatologista em toda a cesariana independente da existência de complicações. 2ª: -	
12/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Trabalho em UTI Neonatal e sala de parto, várias vezes fui chamada com urgência no centro obstétrico, para prestar socorro a um RN de termo é de baixo risco! Retirar o pediatra da sala de parto, é deixar de dar o melhor atendimento ao pcte e ele perde o "golden minute", momento em q a intervenção adequada fará diferença na vida dele. Vemos diariamente crianças com sequelas leves a graves secundárias à asfixia perinatal e não podemos piorar e aumentar estes índices. E será o q vai acontecer com a retirada do pediatra da sala de parto. Os manuais preconizam a presença do médico habilitado para reanimação!!!! 2ª: -	
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Deve ser recomendado presença de profissional treinado em reanimação de preferência pediatra em todos os partos cesareanas mesmo na cesárea eletiva pois o RN pode nascer deprimido mesmo se não apresentar nenhum risco anterior, inclusive pela própria anestesia não sendo geral materna que em casos pode levar a hipotensão da mesma e redução do fluxo da placenta para o feto 2ª: -	
12/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Como pediatra com mais de 15 anos de atuação, inclusive em utineonatal sei da importancia da presença de um profissional melhor habilitado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, ou seja o pediatra, pois mesmos nos partos de baixo risco podem ocorrer intercorrencias, e os poucos segundos que se seguem são fundamentais para a boa resolução do quadro, como inclusive definido na Portaria SAS/ MS 371/2014- Ressuscitation 2012;87:869-73. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo multicêntrico nacional mostrou que mesmo em nascimentos de baixo risco de parto cesáreo, com anestesia regional a necessidade de ventilação com pressão positiva para iniciar a ventilação foi semelhante ao parto normal. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de gestações de baixo risco e a demora em iniciar a reanimação ou uso de manobras inadequadas aumenta o risco de morte e sequelas (Arch Dis Child Fetal Neonatal, Ed 2010; 95: F326-30). Como neonatologista e professora universitária considero um absurdo e um retrocesso a ausência do pediatra em sala de parto e um descaso com a saúde e com nossas crianças.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Já está mais do que comprovado por estudos científicos que é viável um parto pélvico vaginal desde que não haja nenhuma circunstância que coloque em risco a vida do bebê e da mãe e desde que o profissional tenha capacidade e conhecimento para atender. Há também provas científicas de que não há agravantes em um VBAC em casa, desde que o profissional saiba identificar sinais de complicações e ruptura uterina (que aliás a porcentagem é baixa e pode ocorrer em casa ou no hospital). Não identifico real necessidade em coibir a versão cefálica externa após 36 semanas, desde que se tome todo o cuidado e que o profissional seja habilitado para tal procedimento. O que precisamos são de profissionais capacitados para atender as diversas situações. Em relação à cesariana a pedido, desde que a mulher tenha informação de qualidade em relação aos riscos e benefícios tanto do parto normal quanto da cesariana, desde que ela faça uma ESCOLHA INFORMADA, deve-se respeitar a forma como ela se sentirá segura para receber seu filho no mundo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: como médica obstetra em maternidade do SUS, afirmo que um parto sem assistência de pediatra em sala de parto é um retrocesso, sabemos que mesmo em partos de baixo risco o RN pode nascer com dificuldades que necessitem IMEDIATA intervenção profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é o profissional mais indicado para a recepção do RN, seja de parto normal ou cesariana. O fato da cesariana ser eletiva, ao contrário do que pensa o senso comum, não diminui os riscos para o RN e sim aumenta, como pode ser verificado em qualquer publicação de pediatria/neonatologia. O grande número de cesarianas eletivas no Brasil vai acarretar aos RNs um risco aumentado de complicações, sem que tenham o direito a uma assistência qualificada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nós pediatras somos absolutamente contra tal recomendação que retira o pediatra da sala e parto. Em TODO parto seja cesárea ou não, bebê a termo, ou não, deve conter o pediatra em sua equipe para prestará assistência ao recém nascido. Isso é o que mostram o recentes estudo em todo o mundo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença de PEDIATRA NEONATOLOGISTA NA SALA DE PARTO/CESAREA É IMPRESSINDIVEL</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra neonatologista e expressamente contra a liberação para ausência do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Como pediatra neonatologista acho totalmente irrelevante o fato de eliminar o pediatra da sala de parto! O primeiro minuto de vida vale ouro!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra neonatologista na sala de parto, independente da via de parto, e da presença de sofrimento fetal, é primordial para a segurança do recém-nascido. A rapidez na percepção de problemas ao nascimento, bem como a agilidade e firmeza nas ações de reanimação neonatal são determinantes para se evitar hipoxia, e consequentemente a encefalopatia hipóxico-isquêmica. O profissional neonatologista não pode ser considerado parte dispensável da equipe obstétrica!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Discordo da diretriz nas páginas 62 e 63 que afirma que não há necessidade de pediatra em sala de parto uma vez que é mais que estudos internacionais apontam que independe de idade gestacional ou mecanismo de parto. Como consta no artigo RESUSCITATION (2012;87:869-73). Não é possível uma norma contribuir para o aumento do risco de morte, sendo que o propósito da mesma é diminuí-la. Solicito mudança na recomendação final que somente em partos com anestesia geral ou evidência de sofrimento fetal seja revista sendo que deveria ser um direito de todo recém-nascido ser acolhido por um profissional adequadamente treinado independentemente de seu mecanismo de nascimento!!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Considero indispensável a presença do pediatra na sala de parto. Qualquer RN pode precisar de reanimação e a presença do médico, capaz de instituir manobras avançadas de reanimação, como intubação e passagem de cateter, drenagem de tórax... Traz impacto para saúde pública, qualidade de vida do indivíduo e sua família e para sociedade. Considero um retrocesso imenso essa proposta!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: osicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana.Considerando que:· Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006).· A ventilação pulmonar e#769; o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios.· Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não ha#769; necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3).· Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.· A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.· O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”.Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir.No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.ReferênciasKattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Sou totalmente contra a não presença de pediatra na sala de parto de cesárea de baixo risco pois sabemos que mesmo sendo assim classificada, o recém-nascido pode ter intercorrências imprevisíveis ao nascer, sendo essencial uma conduta imediata para evitar esquemas graves.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser um absurdo acabar com uma grande conquista do cidadão brasileiro de ter o direito de ter assistência do pediatra na sala de parto, pois o benefício que o recém nascido tem ao ser reanimado de forma adequada garante não só sua sobrevivência, mas também a possibilidade de uma vida sem sequelas, sem onerar sua família e o estado.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho obrigatória a presença de um médico neonatologista na sala de parto, independente do grau de risco da cesária em questão, uma vez que muitos problemas podem ocorrer com recém nascidos sem risco pré natal, o que pode interferir no futuro neurológico da criança</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O nascimento é um dos eventos isolados mais perigosos que o ser humano enfrenta. E baseada em evidências científicas, mundialmente há a recomendação de um medico habilitado em reanimação Neonatal. Preconiza se que o primeiro minuto de vida bem atendido é essencial para o futuro dessa criança!!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: sou pediatra há 13 anos e muitas vezes o parto ou cesariana eram a termo ou não tinham qualquer fator de risco evidente e tive que reanimar o recém-nascido que nasceu com apgar baixo por complicações de anestesia materna, circular de cordão que precionava a região cervical do bebê, dificuldade de extração do bebê do útero materno, hipoglicemia entre outras coisas. Penso , por experiência que a cesareana é um procedimento de duplo risco pois podemos ter complicações maternas que o anestesista controla, mas também podemos tre no bebê. Quem tem treinamento e capacidade de lidar com as intercorrências com mais habilidades é o pediatra,cuja formação necessita. no mínimo 8 anos.</p> <p>2ª: Acima</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo da resolução. É necessária a presença do pediatra na sala de parto de qualquer bebê independente de haver previsão de riscos perinatais.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Acredito ser um retrocesso além de um grave risco à vida e à saúde dos recém-nascidos. A presença do pediatra na sala de parto deve ser universalizada e não restringida, deixando para atuar quando, muitas vezes não será mais possível reverter os danos e sequelas permanentes à saúde da criança. Ó nascimento é um dos momentos mais críticos da vida de qualquer pessoa e deve ser conduzido com responsabilidade.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Tenho experiência familiar da importância de pediatra na sala de parto: anoxia pós parto sem sequela!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há evidência científica que suporte essa diretriz. Um pediatra com treinamento em reanimação neonatal é imprescindível para o bem estar do recém nascido (RN). O pediatra é quem poderá realizar as manobras necessárias para evitar/ minimizar sequelas ao RN.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero essencial que haja um neonatologista na sala de parto, pois há casos de urgência em que não é possível esperar até a chegada do mesmo para atendimento. Pode representar a diferença entre a vida e a morte do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Gostaria de manifestar minha indignação em relação ao atendimento do recém nascido em sala de parto não ser realizado por pediatras. No momento em que se estuda tanto sobre o minuto de ouro na reanimação neonatal, retirar o pediatra da sala de parto seria no mínimo uma irresponsabilidade das autoridades. Basta trabalhar alguns dias com a assistência para ver que nem sempre os partos sem risco se comportam como tal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou usuária do SUS e futura mulher gestante. Não consigo acreditar que em quase 30 anos de SUS o Ministério da Saúde ainda não consegue incentivar profissionais que assistem mulheres gestantes ao parto natural seguro. Ainda se fala em cesaria eletiva e isto aparentemente, só é vantagem para o comércio dos procedimentos cirurgicos. Assim como também existem outras evidencias de que pode ser realizada, por exemplo, versão cefálica após 36 semanas! Assim como, parto vaginal após cesária pode ser realizado sim e em domicílio também! <a href="http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000083.pub3/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000083.pub3/abstract</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista sou contra a sala de parto sem o pediatra, por mais que seja uma cesárea eletiva. Todos nós sabemos que o parto cesárea aumenta a chance da necessidade da ventilação por pressão positiva, comparado ao parto normal. E todos nós, profissionais experientes, sabemos que sala de parto é uma "caixinha de surpresa" , às vezes com RN termo, pré-natal bem feito, e o RN nasce mal. E ,principalmente, sabemos a importância da rapidez e eficácia na execução dos procedimentos de reanimação. Esta medida proposta, na minha opinião, vai aumentar e muito a mortalidade e morbidade infantil. É no mínimo uma irresponsabilidade com a saúde e a vida de nossos recém -nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Como neonatologista, desejo manifestar minha preocupação com proposta de retirar a assistência pediátrica em sala de parto ou mesmo de reduzi-la a situações pontuais. A necessidade de atendimento ao RN é algo que não se pode prever. Os recém-nascidos precisam de pediatra tanto pro momento do parto quanto para o seguimento das primeiras horas. Recém-nascidos sofrem desconforto respiratório, apresentam hipoglicemia e nascem deprimidos sem nenhuma causa identificável nos momentos anteriores. Gostaria de como cidadão e como médico, deixar registrado minha GRANDE preocupação com as consequências que essa media possa trazer. Considero isso um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Segundo o NALS (Neonatal Advanced Life Support), que é o manual de reanimação neonatal mais aceito mundialmente, é obrigatória a presença do pediatra na sala de parto mesmo em caso de baixo risco. Em até 10% dos partos de baixo risco, o recém nascido pode necessitar de alguma manobra de reanimação. Nestes casos, o primeiro minuto de assistência após o nascimento, se não realizada por pediatra capacitado, pode determinar a morte ou a presença de sequelas permanentes em um bebê que necessite de reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho que toda criança tem DIREITO de receber assistência pelo profissional mais capacitado, que é o pediatra, no momento mais crucial de sua vida! Essa proposta é absurda! O rico vai ter essa assistência, o pobre não! SUS? Cade a equidade? Lamentável!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Considero absurdo suprimir o direito da criança à assistência mais qualificada disponível por ocasião do seu nascimento. O SUS deve prover qualidade! O pediatra tem que estar presente na sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de me manifestar contra a possibilidade de ser retirado o pediatra da sala de parto em cesarianas consideradas sem risco. Sou pediatra e trabalho em atendimento ao RN na sala de parto e já presenciei inúmeras vezes um parto sem risco ter complicações e o RN precisar de atendimento médico com ventilação assistida e/ou reanimação. Portanto, estaríamos retrocedendo em permitir que não seja obrigatório o pediatra em todos os partos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retirar o pediatra treinado em reanimação neonatal é um atraso e um risco. Julgar que pelo fato da maioria dos partos não terem riscos permite retirar a assistência especializada não se justifica quando se pensa na possibilidade de anóxia neonatal com ônus para as famílias dessas crianças e para os serviços de internação terciária.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Desejo ratificar todo o trabalho da classe pediátrica na prevenção de Hipoxia Perinatal Grave após obrigatoriedade do pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Não concordo!!! O pediatra é imprescindível em toda sala de parto, independente de ser cesariana ou não.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Apoio às recomendações da Sociedade de pediatria da necessidade de pediatra treinado em reanimação na sala de parto normal ou cesárea .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Como pediatra formada a 34 anos, embora já não trabalhe mais em assistência ao RN na salas de parto não considero uma medida custo efetiva dispensar esta assistência. Os danos que podem advir desta escolha provavelmente terão custo mais elevado. A Anoxia neonatologia muitas vezes não é previsível e o manejo destes RN é bastante complexo para dispensar o especialista. Considero um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Proposta lamentável. A presença do pediatra no nascimento é muito importante para assegurar uma assistência Neonatal com qualidade pelo profissional mais habilitado. Digo não.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência do pediatra na sala de parto durante a cesareana é um risco para o RN pois mesmo em uma cesárea eletiva pode haver necessidade de reanimação neonatal, e se os procedimentos adequados não forem realizados em tempo hábil aumentam muito as chances de sequelas neurológicas e óbito. O RN tem o direito de ser atendido pelo melhor profissional possível, que é o pediatra treinado em reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Toda mulher tem o direito de acolher sua via de parto. Independente do que diz a ciência ou o médico a paciente deve ter autonomia sobre seu corpo</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica e residente de pediatria, venho por meio deste manifestar contra a falta de assistência capacitada a todos os recém nascidos. É da vivência médica e comprovado cientificamente que recém-nascidos necessitam de cuidados e avaliações específicas rápidas para intervenção precoce que fará total diferença para a saúde do mesmo(minuto de ouro) e prevenção de sequelas por asfixia neonatal. Estima-se que 20-30% da mortalidade neonatal seja reduzido se o parto for assistido por profissional capacitado e que a cada 10 nascidos vivos, um necessite de pelo menos ventilação com balão e máscara que se feito adequadamente associado a demais cuidados confere boa resposta ao tratamento porém alguns deles necessitam de intubação orotraqueal ou medicamentos. A não assistência desse bebê por um profissional capacitado significa postergar uma intervenção precoce e decisiva para saúde do recém nascido e desvalorização de um profissional que se capacita constantemente para oferecer uma boa assistência aos nossos bebês.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra a retirada da necessidade do pediatra da sala de parto, o que coloca em risco a vida é a qualidade de vida dos bebês mesmo de baixo risco. Devemos estimular melhorias na saúde e não retrocessos como esse!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: No que consta descrito no capítulo 5 -Cuidado do Recém -Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Páginas 62 e 63 contidas no relatório da CONITEC onde le-se" não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana quando o feto está a termo..." Diversos estudos nacionais e internacionais demonstram que mesmo na ausência de risco previamente suspeito, um recém-nascido pode sofrer alterações agudas que necessitem de intervenção imediata e eficaz; esses mesmos estudos já identificaram que a demora na assistência ao recém-nascido deprimido ao nascer em sala de parto traz consequências desastrosas para seu prognóstico, acarretando um aumento importante da morbi-mortalidade, sobretudo no que diz respeito a ocorrência de sequelas neurológicas graves e debilitantes permanentes nesse grupo de pacientes, com impactos a longo prazo envolvendo inclusive os aspectos sócio-econômicos relacionados a esses tipos de patologias.É direito de todo recém-nascido ter uma adequada assistência de reanimação em sala de parto, prestada por profissional habilitado não só tecnicamente para esse procedimento, mas para atendê-lo em todas as suas necessidades e peculiaridades nesse período da vida, uma vez que só a reanimação não resolverá todos problemas que poderão advir posteriormente. Ninguém melhor do que o pediatra para exercício dessa função.Impedir que um neonato tenha atendimento médico não pediátrico apenas porque não existia riscos presumíveis previamente ao seu nascimento é tirar-lhe o direito de ter uma chance a mais de recuperação em casos de asfixia ao nascer.Lembro ainda o quão difícil tem sido a luta em todas as esferas nacionais e internacionais para que esses pequenos pacientes tenham o direito a um atendimento digno e eficiente nesse período da vida.O lema é progredir e a proposta em questão nos levará ao retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eu como pediatra e neonatologista com experiência em salas de parto, repudio a dispensa do pediatra na sala de parto em situações de baixo risco. Sabemos da imprevisibilidade do trabalho de parto e a possibilidade da necessidade de manobras de reanimação, muitas vezes além da ventilação com balão e máscara.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: COMO PEDIATRA. CHEFE DE UM SERVIÇO DE NEONATOLOGIA COM RESIDÊNCIA EM NEONATOLOGIA, NÃO ENTENDO ESTA POLÍTICA ONDE A VALORIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS ESTÃO SENDO NIVELADOS POR BAIXO. CONTRIBUINDO PARA UMA DESVALORIZAÇÃO DAS CONDUTAS TÉCNICAS ESTABELECIDAS, ONDE EM VÁRIOS ANOS DE EXAUSTIVO TREINAMENTO E SENSIBILIZAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E DA SOCIEDADE, TENDO PROGRESSOS E BONS RESULTADOS. NÃO É POSSÍVEL ACREDITAR QUE O PEDIATRA CAPACITADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL POSSA SER ELIMINADO DE QUALQUER SALA DE PARTO, EXCETO NOS CASOS ONDE NÃO SE TEM ESTE PROFISSIONAL.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco. A demora em iniciar a renimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e aumentar as sequelas neurológicas. O pediatra é o profissional mais adequado para atender o recém nato na sala de parto. Nos últimos anos a Sociedade Brasileira de Pediatria tem feito um enorme empenho em treinar pediatras nos cursos de reanimação neonatal. É o pediatra o profissional mais capacitado para atender com segurança o recém nascido na sala de parto. Ter o pediatra na sala de parto foi uma conquista, e não há porque termos um retrocesso. A SBP cita um estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras que mostra que em cesareanas não urgentes houve aumento da necessidade de ventição com balão máscara do recém nascidos, em relação ao parto vaginal. Ver Refeências: Ressuscitation 2012;87:869-73 e ArchDis Child fetalneonatal ed. 2010;95:F326-30</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra, e trabalho em uti neonatal.Já presenciei inúmeras cesáreas eletivas nos últimos três meses, em que estou nessa uti. Sendo que na maioria delas, foi fundamental o atendimento imediato e efetivo na reanimação desses pacientes.Sendo que eles apresentaram sofrimento agudo, mesmo em cesárea eletiva.O atendimento inadequado poderia e poderá deixar imuneradas sequelas, levando a gastos futuros na reabilitação das crianças ou até mesmo óbito.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. O site é esse <a href="http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas">http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas</a></p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Sou pediatra há quatro anos. Por dois anos fiz sala de parto. Mães que dão a luz bebês termo por cesariana podem ter intercorrecias. O tempo para iniciar reanimação neonatal é de 60 segundos. É imprescindível um pediatra no momento do parto, pois caso o bebê necessite, o menor tempo para as manobras é importantíssimo. A demora da oferta de oxigênio promove morte de neurônios e a chance de uma criança com paralisia cerebral é grande. Não há como prever se o recém nascido nascerá vigoroso. À assistência imediata é necessário para melhor prognóstico independente do tipo de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista sei que todo parto deve ser considerado de risco até o final do procedimento, quando mãe e neonato estiverem devidamente assistidos e em boas condições. A presença do pediatra em toda sala de parto é sim fundamental, pois os primeiros minutos de vida do neonato e uma assistência bem conduzida, ou a falta dela, definirão o futuro não apenas de uma criança, mas de uma mãe e de toda uma família.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Desejo lamentar COM VEEMÊNCIA, o grande retrocesso que é DISPENSAR ou DESCONSIDERAR a importância da presença do PEDIATRA na sala de parto, seja este normal ou cesariana. Com certeza, quem elabora essas diretrizes, sentado(a) no seu birô, está pensando numa medicina pra pobre e outra pra rico. Aliás como costumam ser as diretrizes do MS, principalmente nos últimos tempos. Mas, se a esposa, a filha ou ela própria for parir, com certeza há de valorizar a presença de um Pediatra para receber o tão esperado e amado bebe! E apenas segundos, sem os devidos e adequados procedimentos que são do conhecimento do PEDIATRA, podem fazer a grande diferença na vida desse novo ser que, quando foi gerado, não imaginava que em pleno século 21, pudesse ser recebido como nos velhos anos de 1970.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Se o risco de ruptura uterina é mínimo, a gestante deve ter o direito de decidir que seu filho nasça em casa.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em qualquer gestação, mesmo na mais isenta supostamente de riscos, o bebê pode nascer deprimido. Só Deus pode ter certeza sobre o futuro. Nós apenas trabalhamos com suposições. É querer brincar de Deus.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra na sala de parto é importante para atendimento adequado ao recém nascido, principalmente quando ocorre intercorências que requerem atendimento rápido e eficaz. O pediatra e neonatologista, recebem formação adequada para este atendimento e por isso devem estar presentes em todas as salas de parto, conforme nota pública realizada pela sociedade SOBAPE.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessário o pediatra nas salas de parto com o curso de reanimação neonatal atualizado</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e totalmente contra a retirada do pediatra da sala de parto. Por mais estável que seja a situação, imprevistos acontecem e, no caso de um recém nascido, cada minuto é essencial. Para mim essa proposta é inaceitável.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acredito ser indispensável a presença do neonatologista na sala de parto normal ou cesária!! e portanto contra esta medida que retira este profissional da sala . Já presenciei em inúmeras ocasiões de parto normal ou cesária, em que não havia risco, porém o recém nascido necessitou dos cuidados do profissional para reanimação, sem a qual poderia sofrer inúmeras sequelas inclusive risco de morte.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho extremamente perigoso para o RN não ter um pediatra neonatologista na sala de parto, já que os cinco primeiros minutos de vida são fundamentais para o prognóstico favorável do Rn. Acredito que o Brasil, um país, que tem um índice de mortalidade infantil tão alto, deveria tentar melhorar a assistência que o brasileiros recebem.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Deve haver pediatra sempre para realizar os cuidados com o recém nascido, Seja em parto normal, seja em parto cesáreo. O momento do parto é sempre uma surpresa. Por mais que esteja evoluindo bem, sempre há imprevisto que acabam fazendo que o bebê nasca deprimido e precise de Reanimacao neonatal. Não vamos descuidar desse momento que é tão importante para o RN e algumas vezes determina o prognóstico para o resto de sua vida, caso algo dê errado. Então, precisa sim da presença do pediatra na sala de parto sempre!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Levando em consideração minha experiência e conhecimento acho fundamental um profissional da área médica com conhecimento específico ou com algum treinamento, presente na sala de parto pois qualquer parto seja ele com risco ou não pode haver complicações e qualquer segundo que perde no atendimento inicial ao RN faz muita diferença. Realmente se um trabalho de parto for bem conduzido e uma Cesárea bem indicada os riscos de um RN precisar de ventilação bolsa máscara é bem menor, mas não justifica dispensar um pediatra das cesareanas.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Parabéns!!!!!! As evidências científica apontam claramente para cesareana em parto pélvico! Países com Inglaterra e Canadá trazem diretrizes e estudos consistentes na área! Parabéns!</p> <p><a href="http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/breech-birth.aspx#closehttp://mobile.journals.lww.com/greenjournal/_layouts/oaks.journals.mobile/articleviewer.aspx?year=2015&amp;issue=05000&amp;article=00024#ath">http://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/pages/breech-birth.aspx#closehttp://mobile.journals.lww.com/greenjournal/_layouts/oaks.journals.mobile/articleviewer.aspx?year=2015&amp;issue=05000&amp;article=00024#ath</a></p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo da posição de não haver necessidade de pediatra em sala de parto nos casos de cesariana "sem complicações".</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou totalmente contra esta proposição. Ela vai de encontro com o que nós conseguimos avançar na reanimação neonatal no momento do parto, e a presença do pediatra no momento do parto manterá a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e sua família.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como neonatologista, Professora Doutora de Graduação e de pos-graduação em duas Faculdades de Medicina e Instrutora do Programa de reanimação neonatal pela Sociedade Brasileira de Pediatria, desejo ressaltar que a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Em locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não seja possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional medico habilitado em ventilação, considerando-se ser a intubação traqueal um ato medico incondicionalmente. Att. Professora Doutora Glaucia Macedo de Lima</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica formada na UFES e pediatra, neonatologista pela USP, e vivencio imensa é indispensável necessidade do pediatra nas salas de parto. Mesmo as de baixo risco estão sim sujeitas a intercorrencias, muitas vezes graves. enyendo a necessidade de treinar outros profissionais, mas isso não dispensa a presença do pediatra, até porque só nós somos habilitados a intubar e passar cateter umbilical.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou a favor da diminuição das cesarianas por conveniência médica ou da gestante sem a real necessidade e a normalização apresentada está adequada e baseada em evidências científicas</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: <a href="http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf">http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como estudante da área da saúde, tendo feito pesquisas, inclusive monografia dentro do tema, sou contra este projeto que propõe a cesariana eletiva. Acho que é uma cirurgia que deve ocorrer somente em casos que haja real justificativa. Deve ser respeitado o direito da mulher, de poder parir de forma vaginal, com respeito às suas singularidades, e com respeito ao bebê que está chegando.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Diz em sua página 15:- É recomendada a presença de um profissional de saúde adequadamente treinado em Reanimação Neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidencia de sofrimento fetal.E na página 63, o documento declara de forma enfática que:- O Ministério da Saúde considera capacitado para a Reanimação Neonatal o profissional que realizou o Curso de Reanimação Neonatal.O citado documento não relaciona a necessidade da presença do Pediatra na sala de parto. Em verdade, exclui o pediatra. Um retrocesso que consideramos inaceitável. Desde 15 de março de 1993, através da Portaria nº 31, do Ministério da Saúde que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido por um neonatologista ou pediatra, seja parto normal ou cesariana, fruto da luta da SBP e suas filiadas Em 01 de junho de 2000, pela Portaria nº 569, do Ministério da Saúde, em seu Anexo II, está escrito:- Todas as unidades integrantes do SUS tem como responsabilidades: ...6. Garantir a presença de pediatra na sala de parto.Quando o citado documento relaciona profissional de saúde não explicita o Pediatra, abrindo possibilidades para outra profissão da área, treinado em reanimação neonatal, atuar na sala de parto. O Pediatra é treinado para o atendimento à criança e o Curso de Reanimação Neonatal, ministrado pela SBP através de suas filiadas, para o Pediatra é diferente daquele dado aos outros profissionais de saúde.Excluir o pediatra da sala de parto, seja do parto normal ou cesariana, é deixar de oferecer a melhor assistência ao recém-nascido. É ele quem dará os primeiros cuidados e intervirá nas situações emergenciais, que podem estar presentes em ambos os partos.Excluir o Pediatra da sala de parto é negar aos usuários do SUS, a parcela mais desprotegida da população brasileira, a melhor Medicina de nosso tempo. É um retrocesso que não podemos permitir.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A redução da mortalidade infantil e perinatal nos últimos 11 anos, como informa no início da diretriz., se deu exatamente pela melhoria do acompanhamento do pré natal e assistência ao parto. É um absurdo retirar o pediatra da sala de parto, ele é o melhor profissional para recepcionar o RN. Em Casos de necessidade de reanimação, o fator TEMPO é extremamente importante para o êxito a contento. Não devemos arriscar uma única vida, simplesmente por "economia". Pois o custo, para o sistema de saúde, de um paciente com lesão cerebral, que vive por vários anos utilizando reabilitação, com diferentes profissionais de equipe multidisciplinar e internações por aspirações, infecções dentre outros gastos, é muito mais elevado. E sem condições de mensurar para essa mãe e sua família a dor e sofrimento gerados por tal "economia". Uma saúde de excelência, se faz com atendimentos HUMANIZADO e sempre esperando o risco para conseguir agir antecipadamente, minimizando agravo. Espero trabalhar e contribuir para uma medicina responsável e que o povo brasileiro merece.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a>Discordo com a orientação da diretriz que afirma que parto vaginal planejado com cesariana prévia não devem receber assistência em casa. Estudo mostra que taxa de ruptura uterina é 0,2 e não impede um VBAC em casa.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Acredito que a via de parto deva ser uma escolha conjunta entre obstetra e gestante. Após todos os esclarecimentos quanto a cada caso em particular e quanto aos riscos e benefícios de cada via de parto. Acredito que aquela que desejar pela cesarea após ter todos os riscos e benefícios explicados, devem ter sua opinião respeitada assim como aquela que deseja o parto via vagina, desde que a escolha não traga consequências para mãe e recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de um pediatra em qualquer que seja a sala de parto é fundamental, já que qualquer recém-nascido pode vir a ter um problema de saúde que possivelmente não foi identificado ou até mesmo que se desenvolva na própria sala de parto, como exemplo uma Taquipnéia Transitória que é especificamente mais frequente em cesáreas, inclusive as que não existem quaisquer riscos. Sem falar que muitos pré-natais são infelizmente mal feitos, onde não se pôde detectar um problema existente. Tb a gestante poderia ter uma bacteriúria assintomática nos últimos dias da gravidez (onde já não seria realizado um exame de urina) é essa infecção ser transmitida ao bebê. Enfim são milhares de causas pelas quais é totalmente ilógico e irresponsável não haver um pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: 10% das crianças precisam de reanimação em sala de parto. Não há como prever quais vão necessitar disso, logo, a presença do pediatra e FUNDAMENTAL!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a ausência de pediatra na sala de parto em qualquer situação , pois um parto sem risco nenhum pode de repente ao nascer se transformar por várias causas em um recém nascido de alto risco, as vezes com malformações por vezes não detectada intra útero ; os primeiros minutos de vida são fundamentais para um bom desenvolvimento futuro, toda criança tem o direito de um bom atendimento médico desde o seu nascimento .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra na sala de parto é de extrema importância pois as sequelas da falta de atendimento vão ser levadas para toda vida e com custo alto para família e estado.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatais pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco. A demora em reanimação ou a utilização de manobras inadequadas ode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o sexto minuto de vida, independente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto. (Resuscitation 2012; 87:869-73).Dessa maneira, a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizado pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal ou, nos locais onde não exista esse profissional, por um habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É fundamental a presença do pediatra na sala de parto, uma vez que as intercorrências são imprevisíveis e a reanimação neonatal é necessária em 10% dos recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A não presença de Pediatra em qualquer situação de sala de parto trata-se de decisão sem qualquer justificativa científica expondo o recém nascido a risco por vezes irreparável.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Não é possível concordar com a ausência de pediatras na assistência ao recém-nascido em unidades de saúde. Doenças congênitas que necessitam atenção médica imediata no pós-parto só serão diagnosticadas pelo profissional qualificado para isso.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência do pediatra na sala de parto é um retrocesso. Não tem como prever em 100% dos casos que o RN não precisará de alguma manobra de reanimação, mesmo no parto de baixo e médio risco. Isso é uma desvalorização da vida desde o seu início.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra na sala de parto, identifica rapidamente qualquer problema que possa acontecer ao recém nato e atua de forma rápida evitando que haja dano ao mesmo. O fato de estar a termo não significa que correrá tudo bem. Já fiz parto de trigêmeos via vaginal devido ruptura de bolsas com 28 semanas que o segundo e terceiro recém natos ao nascer estavam em parada respiratória. É o trabalho de parto evoluiu em 3horas. Ao passar pelo canal o recém nato pode sofrer asfixia e isso trazer sérios danos aos mesmos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: PEDIATRA NA SALA DE PARTO É ESSENCIAL E OBRIGATÓRIO</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Concordo com o treinamento para capacitação de enfermeiros para o atendimento ao RN</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Segundo vários artigos publicados em revistas e periódicos médicos o simples fato de uma cesareana ser considerada de baixo risco e realizada de maneira eletiva não diminuiu em nada o risco e a quantidade de recém nascidos que precisam ser reanimados em sala de parto por profissional habilitado, no caso o pediatra. Já a não reanimação dessas crianças , feita de maneira correta e em tempo hábil traz consequências enormes aos recém nascidos e as famílias. Retirar o pediatra da sala de parto , em qualquer situação certamente contribuirá para que aumentem os números de morte ou morbidade associada ao parto, trazendo além disso um aumento no gasto com saúde dessas crianças . A seguir uma referência bibliográfica a respeito : Guinsburg R, de Almeida, MFB, Santo RMV, Moreira LMO, Daria M, Coordenadores estaduais do Programa de Reanimação Neonatal da SBP. XXI Congresso Brasileiro de Perinatalogia ; 2012 Nov 14-17; Curitiba, PR. A asfixia ao nascer contribui para a morte precoce de 5 recém - nascidos a termo ao dia no Brasil: serie temporal 2005- 2009</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Como profissional da saúde que atende mulheres de baixo risco ou risco habitual acredito que cesariana a pedido, eletiva ou fora de trabalho de parto aumentam os riscos de mortalidade materna e neonatal. Não somente os índices de morbimortalidade que são elevados, mas como a própria diretriz apresenta a questão dos vínculo afetivo, melhor recuperação, custos e futuro reprodutivo dessas mulheres. A versão cefálica externa também não aumenta os riscos e deve ser encorajada sua realização para apresentações pélvicas após as 36 semanas incentivando o parto normal, de acordo com os estudos a maioria dos bebes nascem naturalmente após a versão sem complicações. O parto normal após cesariana segundo estudos apresenta 87% de sucesso com riscos reduzidos para a mulhere e favorecendo as condições de nascimento dos bebês. Uma mulhere que decide parir seu filho em casa tem todo o direito de ser atendida pela equipe de escolha capacitada para o parto domiciliar planejado seguro, visto que o risco não aumenta sendo o parto em casa ou no hospital.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra na sala de parto é fundamental uma vez que a assistência ao recém-nascido nos primeiros 30segundos de vida diminui significativamente a morbimortalidade. Intercorrências acontecem mesmo quando não há fator de risco e o RN seja termo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é o profissional qualificado e sua presença é necessária em todos os nascimentos, independente do parto ser natural ou cirúrgico.</p> <p>2ª: Mesmo em partos considerados sem risco, a presença do pediatra é necessária, por ser este o profissional mais qualificado para atender ao recém nascido.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Mesmo numa situação de gestação a termo e sem complicações, as mesmas podem surgir de forma inesperada e somente um PEDIATRA, com formação em neonatologia, tem condições técnicas e adequadas de atendimento ao recém nascido!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manifestar posição contrária à possibilidade de dispensar pediatra em salas de parto. Já é bem estabelecido na literatura e na prática médica que a assistência ao recém-nascido por médico pediatra modificou drasticamente a sobrevida e reduziu a morbimortalidade tanto neonatal quanto infantil no mundo. Seria um retrocesso permitir a dispensa do pediatra.Existem diversos profissionais da área da saúde (da enfermagem principalmente) que tem habilitação para dar atendimento ao recém-nascido sem intercorrências, conduto, sem o pediatra na sala, quem cuidará das intercorrências que exigem diagnóstico e tratamento médico imediato? Quem irá prezar procedimentos médicos de urgência e emergência médicos?A mortalidade infantil em queda nas ultimas décadas (nos países desenvolvidos e em desenvolvimento) ocorreu justamente por drástica atenção natal e perinatal. Países com "status" de prestarem boa saúde à sua população, mantém desde doulas, auxiliares, técnicas e enfermeiras, além dos obstetras, anestesistas e pediatras em sala de parto. O cuidado holístico ao binômio mãe-filho requer uma equipe interdisciplinar. Ignorar conhecimentos de décadas sobre a necessidade de pediatra (e de preferência neonatologista) em sala de parto seria um retrocesso sem tamanho.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Médica pediatra contra Essa recomendacao</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e acho absurdo não ter pediatra em sala de parto. Nós que atuamos diariamente sabemos que existem complicações reais mesmo em partos de mães higidas, com pre natal adequado e bebê a termo. Não ter pediatra na sala de parto é retardar o atendimento inicial do RN, e diminuir prognóstico e sobrevida se algo precisar ser feito!O pediatra deve estar presente desde o primeiro segundo de vida!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra a ausência de Pediatra em sala de parto, qualquer que seja a via de parto!Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Eduardo da Silva VazPresidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Partos pelvicos podem ser assistidos por equipe qualificada e podem ser por via vaginal.Partos normais após partos cesarianas são viáveis. Há evidencias científicas sobre a sua viabilidade incluindo dados de um, dois, tres ou mais cesareas anteriores ao parto normal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Ninguém sabe o que pode acontecer durante um parto. A presença do pediatra garante que a criança terá a melhor chance de sobrevivência e qualidade de vida caso algo de errado aconteça. O cidadão brasileiro tem direito a saúde pela Constituição. Banir o pediatra da sala de parto é negar esse direito ao bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Um absurdo em uma sala de parto não ter um pediatra/neonatologia para atender um recém nascido, mesmo que baixo risco!!! O recém nascido pode nascer deprimido, apesar de probabilidade menor por ser baixo risco, e se não receber cuidados adequados pode ter sequelas severas!!! Isso é uma falta de respeito com a classe médica pediátrica e neonatologica!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: E importante a presença de profissional pediatra bem treinado para atendimento ao Recém-Nascido no momento do parto, seja este cesáreo ou parto vaginal, mesmo sem antecedentes de gestação de risco. As sequelas de uma situação de Hipóxia sofrida pelo RN durante o parto são nefastas para a vida e para o desenvolvimento da criança. O pediatra na Sala de Parto pode evitar este dano utilizando-se de manobras de reanimação adequadas. A Sociedade, agradece.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Iniciei minha vida acadêmica na medicina em 2002. Em 2005 decidi que faria pediatria e desde então iniciei estágios nessa área. Fui acadêmica por 1 ano na promatru do Rio de Janeiro, depois por 1 ano no hospital da polícia militar do RJ. Fui residente de pediatria no HGB no RJ e em seguida fiz concurso público e hoje trabalho em uma maternidade pública do hospital municipal Moacyr Rodrigues do Carmo. E hoje faço sala de parto em maternidade particular auxiliando obstetras de plano e particulares. Em todos esses lugares trabalhei como pediatra na sala de parto e fiz diversas reanimações neonatais. Já vi todos os tipos de complicações e garanto que pediatra na sala de parto faz diferença. A reanimação não faz diferença apenas para a criança e sua família, mas sim para todo um sistema de saúde. No caso de uma asfixia perinatal a criança pode levar meses dentro de uma UTI. Ocupando leito, oxigênio, medicações caras e além da reabilitação pós alta. A falta de pediatra em sala não será necessariamente mais lucrativo. Infelizmente já perdi crianças na sala de parto, mas felizmente grande maioria apresentam boa resposta a reanimação correta. Gostaria que antes que fosse aprovado que fosse analisado se os nossos governantes também aceitariam correr esses riscos. Até,</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Qualquer nascimento pode complicar, por mais que nada indique isso, nos deparamos diariamente com bebês que tem tudo para nascerem bem, porém deprimem e necessitam de reanimação. Dessa forma a presença de um pediatra em sala, capacitado para agir de forma adequada em manobras de reanimação com intubação orotraqueal e medicações se assim for necessário certamente fará a diferença entre morte, vida ou sobrevivida dessa criança.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contra o parecer da CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) quando considera que “não há necessidade de pediatria na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante;"A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Está mais que comprovada a importancia e necessidade do profissional treinado em renimação neonatal, pediatria ou não, em todas as salas de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: No item : necessário uma pessoa com treinamento em reanimação neonatal, é FUNDAMENTAL a presença do PEDIATRA, que deverá estar presente em todos os nascimentos, garantindo o golrn minute.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Acredito que a prevenção de agravos relacionados aos eventos de asfixia neonatal não tenham como ser reduzidos sem o suporte do pediatra tecnicamente capacitado. A "glamurização" do parto tem trazido à tona o charlatanismo que promete resultados não previsíveis sobre as condições de nascimento da criança, fotos e filmagens que não têm nenhum vínculo com o APGAR e o desenvolvimento futuro da criança. Meus dois partos ocorreram em hospital público aqui do DF e não fui agredida em momento algum, mesmo não me apresentando como profissional de saúde. O que vejo são profissionais exauridos, como em qualquer profissão, com sobrecarga de trabalho e sem condições de dar a devida atenção ao paciente que compra uma ideia do parto das estrelas de TV. É muito diferente levar o nascimento de uma criança para casa quando se tem uma rede integrada assistencial funcionante e uma população esclarecida capaz de entender a triagem mínima de observação de sinais de alarme do recém-nascido. Outro fator essencial é um pré-natal que inclua uma ecografia morfológica de qualidade, afastando doenças graves ao nascimento. As dificuldades de amamentação, muitas vezes resolvidas com a mão de uma profissional do ALCON não mais estariam atuando deixando de lado um dos pontos mais vitais da pediatria: o aleitamento materno. Num contexto em que temos uma população heterogênea, demanda de atendimento superior a capacidade numérica de profissionais, privar a população do mínimo de assistência prestado no ALCON é como entrar na máquina do tempo e ignorar os benefícios e as vidas salvas pelo conhecimento sobre os cuidados e a triagem realizadas pela equipe hospitalar. Num futuro onde o acesso à saúde e à educação sejam primorosas, quem sabe possamos rever o assunto. Considero absurda a recomendação da não assistência à criança em sala de parto por um profissional especializado em pediatria. Sem contar que esta recomendação atende diretamente aos interesses dos donos de hospitais privados, que tem tido dificuldade para contratar os pediatras. Parece que por meio de legislação estão tentando resolver o problema e encontraram pessoas dentro da área da saúde que possivelmente os estão auxiliando.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Entre a maior parte de profissionais ginecologistas, o parto natural - acompanhado por doulas, obstetrites ou enfermeiras obtetrites - oficialmente não é declarado como inseguro, no entanto, na realidade de profissionais vivenciamos descaso, desestímulo, manifestando às gestantes falta de credidibiliade. A falta de credibilidade manifestada por eles se reflete no número ínfimo de partos naturais a que temos potencial, comparados aos números que apresentamos. Informalmente, muitos profissionais ginecologistas manifestam a programação de cesarianas como forma: "segura" para a mulher e o bebê, por ser programada - quando na realidade, a real motivação é o conforto do profissional e o agendamento de salas cirúrgicas.As gestantes não são esclarecidas que a cesariana é sim um procedimento cirúrgico e, como tal, oferece grandes riscos, de cicatrizes à graves reações anestésicas, passando por infecções hospitalares.A participação de profissionais não médicos não exclui a estrutura hospitalar, as mulheres são mais esclarecidas sobre as reações e mudanças em seus corpos, e o processo da gravidez muda, de um trauma, das chances de distúrbios psicológicos, a um processo natural, humano, e que, como tal,deve ocorrer e ser assistido em segurança. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto / Qualitative evidence of monitoring by doulas during labor and childbirthRaimunda Magalhães da, Silva; Nelson Filice de, Barros; Herla Maria Furtado, Jorge; Laura Pinto Torres de, Melo; Antonio Rodrigues, Ferreira Junior.Ciênc. saúde coletiva; 17(10); 2783-2794; 2012-10SciELO Brasil e Saúde Pública Idioma: Português</p> <p>2ª: APORTES DE LAS DOULAS A LA OBSTETRICIA MODERNAVerónica, Valdés L.; Ximena, Morlans H..Rev. chil. obstet. ginecol.; 70(2); 108-112; 2005</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é imprescindível. Mesmo os partos sem risco, cesarianas eletivas, o risco de complicação e necessidade de intervenção é muito grande. Como pediatra que sou atuante em um município do interior do Pará, inúmeras vezes já fui surpreendida com complicações que se não estivesse habilitada, teria perdido o Rn ou evoluído com complicações.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O atendimento em sala de parto deve ser prestado por um médico pediatra, com especialização em neonatologia. Nenhum outro profissional está apto a realizar este procedimento.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência neonatal na sala de parto é fundamental, mesmo partos de baixo risco podem trazer bebês com anoxia, a qual com tratamento correto é fundamental, para minimizar ou até mesmo evitar completamente sequelas neurológicas</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Um absurdo querer tirar o pediatra da sala de parto para cesariana...e o psicológico da mãe? E a tranquilidade que esse profissional passa durante o parto? E se durante o parto acontecer algo imprevisto? Uma emergência? Esse projeto é simplesmente um absurdo!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: publicação brasileira mostra que RN que nascem de cesárea eletiva tem 42% mais chance de necessitar reanimação ao nascer com ventilação positiva. E para tal é necessário um profissional médico capaz de executar TODAS as manobras da reanimação Neonatal para se evitar ASFIXIA NEONATAL que no nosso país AINDA é ALTA</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Outra	<p>1ª: É absurdo, talvez até criminoso, cometer este retrocesso que é retirar o pediatra da sala de parto. Dessa forma o governo estará "selecionando" quem terá uma chance e quem não terá. A chance de intercorrências, com necessidade de cuidados invasivos em cesárea eletiva sem intercorrências durante o pré natal é pequeno, porém existe. Vamos retroceder e perder o golden minut, sacrificando a vida de um recém nascido é um crime.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: O presença do pediatra na sala de parto é indispensável. 2ª: -	
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Por médico ou enfermeiro, mesmo que treinado, não substitui nem jamais substituirá o pediatra. Começando pelo fato que nenhum parto seja césarea ou a termo é livre de complicações que podem ser muito maléficas para o RN e alterar tida sua vida. Devemos lembrar também que o pré_natal realizado no Brasil ainda está longe de ser o ideal, aumentando o risco para os RN sem pediatra na Ssala de parto. 2ª: -	
12/05/2015	Instituição de ensino	1ª: NÃO SEJA REALIZADA CESARIANA, quando o feto esta a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante RECOMENDAMOS QUE O recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. 2ª: -	
12/05/2015	Instituição de saúde	1ª: impossível prever mesmo em gestacoes a termo e sem complicacoes se o rn vai nascer bem ou nao... é impressindivel quando nao a presença de um pediatra neonatologista. assim antecipamos com a presença deste profissional em toda sala de parto. 2ª: -	
12/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: Pediatra é necessário na sala de parto 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Coordenadora do Curso de Reanimação Neonatal no estado da Bahia e Neonatologista com experiência em atendimento de RN em sala de parto há 17 anos. É fundamental a presença de um pediatra em sala de parto, mesmo naqueles partos decorrentes de gestações sem complicações. Intercorrências no momento do parto podem acontecer, de maneira inesperada, em qualquer situação, como por exemplo: trabalho de parto prolongado, período expulsivo prolongado, ruptura de cordão umbilical, extração laboriosa numa cesárea, hipotensão materna durante a anestesia regional com conseqüente depressão respiratória do neonato dentre outras situações que podem levar a algum grau de asfixia fetal. Nestes casos a atuação do Pediatra habilitado em reanimação Neonatal é fundamental pois cada segundo perdido aumentam as chances de necessidade de reanimação prolongada e de sequelas futuras em neonatos saudáveis. Esta decisão da não necessidade de Pediatra em salas de parto natural e em cesáreas cujas mães não receberam anestesia geral vai contra todos os estudos feitos pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, onde mostraram que em nosso país, entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram ao dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênitas (PRNSBP, abril/2013).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: IMPORTANTE A PRESENÇA DO MÉDICO PEDIATRA NA SALA DE PARTO EM TODOS OS NASCIMENTOS, SEM EXCEÇÃO.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental! Ninguém além do pediatra está tão apto a receber o RN nos primeiros minutos de vida.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra há 20 anos e devido a minha experiência e aos meus estudos (levantamentos científicos) acredito que a presença do pediatra na assistência ao recém-nascido é fundamental para o atendimento adequado. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo parto, incluindo o de baixo risco, pode apresentar complicações e o conceito nascer deprimido. Na ausência de tratamento adequado já no primeiro minuto de vida, o mesmo pode apresentar sequelas que podem prejudicar o seu desenvolvimento motor e cognitivo, além do risco de morte pela reanimação inadequada e complicações secundárias. É de fundamental importância que haja profissional qualificado em toda sala de parto, que garantirá melhor assistência ao recém-nascido e com isso, redução da taxa de mortalidade infantil no Brasil.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: E no fim desse formulário tem um espaço pra escrever Dai vcs colocam esse texto aqui Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Gostaria de registrar minha indignação como pediatra e servidora pública há muitos anos, no que diz respeito ao não reconhecimento do pediatra na sala de parto. Considero isso um retrocesso na saúde pública ou privada, por negar às crianças o direito a um profissional habilitado para agir num momento que jamais pode ser perdido, sob pena de transformar um ser humano com direito a vida plena, num neuropata que necessitará de cuidados de outros por toda a vida. É desumana a simples cogitação de um absurdo desses.....</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: E no fim desse formulario tem um espaço pra escrever Dai vcs colocam esse texto aqui Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Necessária presença de um pediatra em toda sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	1ª: Que os profissionais tenham acesso facilitado após a consulta pública. 2ª: -	
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Não concordo com a proposta, há diversas evidências científicas que comprovam a necessidade de um profissional capacitado como o pediatra na sala de parto, sendo os primeiros minutos de vida definidores na vida de uma criança 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: Declaro ser fundamental a presença do pediatra em todas as salas de parto. Independente da via de parto ou fatores de risco. 2ª: -	
12/05/2015	Outra	1ª: Não tem como questionar a importância do pediatra na sala de parto como mesmo relatado que ocorreu diminuição de óbitos. É de suma importância a presença para tomar decisões e condutas que salva vidas. Não adianta pedir avaliação do profissional depois que a complicação ocorreu. Até mesmo como vcs vão saber se vai ter mecônio ou não na hora do parto sai esperar o RN precisar de UTI para avaliação. Não concordo com esta proposta 2ª: -	
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Venho referendar o parecer da Sociedade Brasileira de Pediatria datado de 01 de agosto de 2012 e encaminhado ao Dr. Paulo Bonilha no que tange à assistência ao RN em sala de parto. 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: Absurdo não ter pediatra em sala de parto seja qualquer o motivo. Há necessidade de médico que saiba executar reanimação neonatal caso o recém nascido precise! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: como profissional de saúde (médico) atuante em sala de parto acho absurdo a colocação de ausência do profissional médico no atendimento ao recém nascido baseado no fato que um parto é sempre imprevisível e, mesmo em situações onde o risco seja mínimo, deve haver sempre um profissional treinado para dar assistência ao bebê caso haja necessidade além de ser a reanimação um ato médico, quando houver necessidade.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: GARANTIR INFORMAÇÃO SOBRE O PARTO NORMAL DURANTE O PRE-NATAL, DE FORMA ROTINEIRA.GARANTIR A CONSTRUÇÃO DE LEITOS PPP TANTO PARA O SUS COMO PARA OS PARTICULARES.GARANTIR A PRESENÇA DE ENFERMEIROS OBSTETRAS NO PRE-NATAL DA REDE SUPLEMENTAR E GARANTIR O PAGAMENTO DESSES HONORARIOS.INCLUIR O ENFERMEIRO NA ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL NA REDE COMPLEMENTAR E GARANTIR SEU PAGAMENTO EM SEPARADO, ASSIM COMO O FAZEM COM MEDICOS, PSICOLOGOS E FISIOTERAPEUTAS.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e já fiz muitas salas de parto. Alguns partos já esperamos que os RNs necessitem de reanimação em sala de parto por terem fatores de risco, mas outros, mesmo sem nenhum fator de risco, necessitaram de reanimação em sala de parto, que deve ser feita por profissional capacitado a realizar todas as manobras de reanimação, que devem ser realizadas no primeiro minuto de vida (golden minute), não podendo ser retardadas. Se não realizadas, podemos ter sérias sequelas no RN, como hipoxia, retardo do desenvolvimento neuropsicomotor e outras que irão gerar consequências para a vida do menor, para a família que o assiste, para a sociedade...</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra é indispensável no momento do parto de qualquer via, com ou sem historico de gravidez de risco pois "os minutos de ouro" da vida do bebê são os mais preciosos para seu desenvolvimento neurológico. Qualquer atraso ou forma de atendimento que não seja o ideal pode levar as sequelas neurologicas graves e permanentes. E mesmo gestações sem fatores de risco e partos em que não se suspeita de sofrimento fetal podem tem recém nascidos que necessitem manobras de ressucitação bem realizadas</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deve permanecer a assistência em sala de parto por médico neonatologista.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: ACHO ESSENCIAL O PEDIATRA NA SALA DE PARTO EM QUALQUER CIRCUNSTANCIA.SOU PEDIATRA E FAÇO SALA DE PARTO HÁ 12 ANOS E FORAM INÚMERAS AS SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA COM RN MESMO EM PARTOS DE BAIXO RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Saudações! Solidifico minha contribuição após 20 anos exercendo atividades como pediatra e neonatologista, na observância dos riscos graves a que se expõe oneonato ao deixá lo sem qualquer assistência , mesmo sendo no chamado parto de baixo risco. Não conto os casos em que um trabalho de parto que correria tudo na perfeita normalidade ,evoluiu para uma cesariana de emergência por distocia de progressão. É o recém nascido evoluiu sem seqüelas graças a presença do pediatra que julgam desnecessário na sala de parto .</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estamos todos preocupados com o empenho em relação à realização do parto normal, pois até o momento, não se falou em momento algum do recém nascido. O movimento deveria ser: vamos investir mais na assistência ao pré-natal "agora" para que possamos reduzir o parto cesárea e, ao mesmo tempo, oferecer condições adequadas ao nascimento de recém-nascidos; reduzindo a morbi-mortalidade neonatal e recebidos por profissionais treinados em reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O profissional pediátrico é essencial na sala de parto ou bloco cirurgico. Possui treinamento específico e com grande carga horaria. Além disso é comum RN a termo e sem sofrimento necessitar de reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou residente do primeiro ano em pediatria e mesmo ainda não tendo concluído a especialidade, me sinto no dever de dar meu depoimento. No hospital em que faço residência, nos deparamos com uma gestante com pré-natal todo sem intercorrências, feto em bom estado geral e mãe sadia, porém durante a cesareana eletiva tivemos uma surpresa desagradável: o bebê nasceu com asfixia neonatal necessitando quase que imediatamente de intubação orotraqueal. Aí eu pergunto: como seria a conduta frente a este paciente sendo conduzido por outro profissional que não seja médico? A responsabilidade é enorme, e muitas vezes até nós mesmos que somos médicos encontramos desafios muitas vezes difíceis de serem resolvidos! Não desmereço as demais classes, mas fiz 6 anos de medicina e tenho esses 2 anos em pediatria pela frente, fora os cursos voltados para a classe médica que ainda preciso realizar. Em alguns locais do país pediatria já passou para 3 anos, daí a importância a especialidade! Somente um profissional capacitado como o médico é capaz de realizar uma sala de parto adequadamente, ou então infelizmente perderemos muitos bebês, pois os 30 segundos iniciais no atendimento ao paciente asfiziado são essenciais.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: O pediatra é o único profissional apto a garantir a saúde do bebê na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Referente a intervalo interpartal, reduzir este intervalo a menos de 1 ano, baseado em estudos comparativos não randomizados com grande vies (LE 4), não contribui para maior segurança na assistência de gestantes com cesariana prévia. Ao contrário do objetivo de promoção a boas praticas na assistência ao parto, torna uma parcela de gestantes mais vulneráveis à complicações graves e mutilantes, como histerectomia pós rotura uterina, e expõe o feto a risco de morte.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: “A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco onde a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. Desta forma o Pediatra é imprescindível na sala de parto para uma assistência de qualidade visto que ele é o melhor profissional capacitado e treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.”</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Considerando que:· Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006).· A ventilação pulmonar e#769; o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios.· Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não ha#769; necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3).· Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.· A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.· O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”.Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir.No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É inconsequente a retirada do pediatra na sala de parto, independente das condições do mesmo já que o recém nascido necessita do pediatra que é capacitado para atender qualquer alterações após o nascimento. A Sociedade Brasileira de Pediatria assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Reafirmamos a importância da presença do profissional especializado pediatra em sala de parto em todos os partos, sejam naturais ou por cirurgia cesareana. A saúde da criança recém nascida deve-se , indubitavelmente, às condições de atendimento no pós parto imediato. Somente médico especialista garante atendimento de excelência neste momento.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Ressaltar a importância do pediatra em TODOS os nascimentos de recém-nascidos via cesárea ou parto vaginal! Mesmo em gestações de baixo risco, sabemos que um período expulsivo prolongado ou uma mesmo na cesárea eletiva, o recém-nascido pode nascer deprimido, sem chorar e/ou respirar efetivamente!! O início imediato das manobras de reanimação é primordial para diminuir o risco de Asfixia ou Anóxia Neonatal e diminuir a morbidade e mortalidade neonatal!!</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental para o bem estar do RN. Todo parto aparentemente sem fatores de risco pode complicar e os primeiros minutos são fundamentais para evitar possíveis sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: O pediatra é imprescindível na sala de parto, mesmo numa cesariana de baixo risco, visto que a medicina não é uma ciência exata, e na obstetrícia surpresas e imprevistos acontecem, podendo ocorrer inesperadamente complicações no parto e com isso, anóxia neonatal, e o profissional mais capacitado e preparado para lidar com situações emergenciais é o pediatra. Toda mãe deseja e quer que seu filho nasça com um pediatra dando assistência. Ela se sente mais segura.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em pleno século XXI abrir mão de atendimento e tecnologia é uma irresponsabilidade.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É de extrema importância a presença de profissional tecnicamente preparado para a recepção dos neonatos: o pediatra. Mesmo uma gestação de baixo risco pode evoluir com situações inesperadas e emergenciais, colocando em risco a vida da mãe e do bebê. Nesses casos, apenas profissional experiente será capaz de evitar verdadeiras tragédias e consequências danosas para a vida do bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Realizar um projeto para tese de doutorado através de registro do centro obstétrico do HRG sobre os tipos partos realizados comparando o antes e após implantação da rede cegonha.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O filho do rico vai para o hospital particular e recebe atendimento, o filho do pobre, que nasce no SUS perde esse direito! É o cúmulo da desigualdade!!! Um absurdo! afronta à vedação ao retrocesso de conquistas sociais e à dignidade da pessoa humana - princípio de nossa República!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é fundamental, visto ser a pessoa mais preparada para dar a primeira assistência ao recém-nascido. Já existe vasta literatura confirmando que, mesmo em cesarianas programadas, portanto de baixo risco, existe a possibilidade de nascer um bebê deprimido, portanto, que vai necessitar de ser reanimado, e a abordagem correta, rápida, e dentro do protocolo de reanimação neonatal nesse primeiro minuto de vida pode determinar o prognóstico desse bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou cirurgiã pediatra. Faz parte de minha vida como médica cuidar de alguns pacientes com intercorrências no período peri-parto. Assistimos de perto o quanto a presença do pediatra especialista em reanimação neonatal faz diferença na morbimortalidade. O parto, quer seja cesáreo, quer seja natural, é imprevisível. Em um momento tudo está sob controle. No seguinte a vida da mãe e /ou do bebê pode estar em jogo. A pronta reanimação ( que é ato médico) pode fazer a diferença entre ter vida plena e cheia de saúde e ser eternamente sequelado, com custos elevadíssimos para a família e para a saúde pública. Atrasos de 1 minuto podem fazer a diferença. Por isso, é essencial manter o pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto , em uma Cesariana , se faz necessária em todas as Cesarianas , não somente naquelas classificadas como de alto risco para o RN , portanto deveria ser recomendado a presença do Pediatra em toda operação Cesariana , para segurança do RN , e seu melhor atendimento no momento do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: É imprescindível a presença de médico pediatra em partos cesarianas, mesmo que eletivos, já que o recém nascido apresenta maior risco de complicações e necessidade de ventilação com balão e máscara. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. de Almeida MF1, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: parto normal, só é normal quando acaba... antes disso, algo que parecia estar indo bem pode se tornar problemático... a presença do pediatra na sala de parto é imprescindível!!! Nenhum outro profissional, a não ser o médico, tem a capacidade e condições de tomar a decisão de medicar, intubar, reanimar um neonato, retirar o pediatra da sala somente vai tornar tardias as respostas em situações de crises...</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com a ausencia do pediatra na sala de parto em quaisquer situações.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Já está cientificamente comprovado que a assistência a todos e qualquer recém-nascidos por profissional capacitado em todos os passos de reanimação em sala de parto reduz o numero de óbitos e morbidade por asfixia neonatal, mesmo sendo a termo. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Necessidade de pediatra em sala de parto sempre, visto o risco de ocorrência de morte do bebê ou sequelas irreversíveis se não for adequadamente atendido pelo profissional capacitado</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Existe sim a necessidade do pediatra em todas as salas de parto, independente do estado brasileiro. Na pratica médica sabemos que os partos, tanto cesarianas quanto normais, não são adequadamente monitorizados. Portanto, existe grande chance de um bebê necessitar de assistência médica imediata e o profissional não estar presente, levando a prejuízo na qualidade de vida e desenvolvimento dessa criança. Segundo o programa de reanimação neonatal da sociedade brasileira de pediatria, toda sala de parto deve conter um profissional médico treinado e um assistente, pois mesmo nas salas de parto de baixo risco podem ocorrer imprevistos e é fundamental a presença de um profissional capacitado a fazer todas as etapas da reanimação neonatal, sendo várias delas ato médico, como intubação orotraqueal e cálculo e administração de drogas vasoativas. Sou totalmente contra a exclusão do pediatra de todas as salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Artigo científico sobre anoxia neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a cirurgia cesariana, por si só, é um dos fatores de risco para intercorrências em sala de parto e portanto necessita de um médico pediatra treinado em reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Conforme as Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria , o atendimento aos recém nascidos em salas de parto realizados por pediatras devidamente capacitados diminui as taxas de mortalidade neonatal por asfixia.Considerando que grande parte dos bebês que morrem por asfixia perinatal são recém nascidos a termo, sem malformações;considerando que mesmo em partos de baixo risco, a demora para iniciar a reanimação e o uso de técnicas inadequadas pode aumentar a mortalidade; Considerando que a portaria que institui o Programa de Humanização no pré natal e no nascimento no âmbito do SUS, inclui a presença do Pediatra devidamente treinado em reanimação neonatal, na sala de parto; Discordo da proposta apresentada pela Conitec, em Diretrizes de atenção à gestante/2015, que considera não haver necessidade do Pediatra em sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo e na ausência de sofrimento fetal e na situação de risco para a gestante.Entendo que a assistência ao Recem nascido na sala de parto deve ocorrer em todos os nascimentos e não apenas na gestante que será submetida à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: "Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Eduardo da Silva Vaz Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) Maria Fernanda B de Almeida e Ruth Guinsburg Coordenadoras do Programa de Reanimação Neonatal da SBP"</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: sou pediatra ... Faço sala de parto alto e baixo riscoQualquer pediatra ou médico q se preze sabe da importância de um profissional competente e capacitado em sala de parto. A sala de parto é uma caixa de surpresas . Nunca sabemos o que esperar . Quantos e quantos bebês termos, sem fator de risco , pre Natal super adequado... Ou seja .. Tudo para nascer bem .. E nascem mal .. Deprimidos .. Precisando ser reanimados, Mtas vezes intubados ... e hoje só estão vivos e sem sequelas devido a uma boa assistência médica em sala de parto .. No seu minuto de ouro .. Q sabemos q fazem toda a diferença no prognóstico e na vida do bebê ... É isso não depende do tipo de parto .. Sendo ele normal ou cesariana Resumindo.... Não ter esse profissional em sala de parto e cometer um suicídio coletivo , é aumentar a taxa de morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas . O risco de morte ou morbidade aumenta A cada 30 minutos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o sexto minutos após nascimento, independente do peso ao nascer , idade gestacional, tipo de parto, ou de complicações na gravidez ou no parto. ... Dessa maneira indo contra toda e qualquer recomendação da Sociedade brasileira de pediatra e todos os pediatras e mães q prezam pela vida desses pequenos...</p> <p>2ª: O decreto do estado de Sp número 58.849, de 17/01/2013, que regulamenta a lei número 14.686, de 29/12/2011, já dispõe sobre a OBRIGATORIEDADE da presença de um profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto dos hospitais.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: NÃO É ADEQUADO PRESCINDIR DE PEDIATRA EM SALA DE PARTO CESARIANA, UMA VEZ QUE ESTA VIA DE PARTO AUMENTA A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR* E POSTERGAR SEU INÍCIO PERMITE MAIOR RISCO DE INSUCESO.***Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30**Resuscitation 2012;87:869-73</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Muito triste retroceder no direito de uma adequada assistência ao rn por um pediatra na sala de parto, uma vez que é sobejamente reconhecida a necessidade de uma adequada assistência para diminuição da mortalidade perinatal (maior responsável pela mortalidade infantil- em torno de 60 a 70 % dos óbitos infantis ocorrem no período perinatal) e também das sequelas, uma vez que a maior parte de deficiências são decorrentes de anóxia perinatal. www.datasus.gov.br</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O primeiro minuto de vida, conhecido como o minuto de ouro, é de suma importância para a vida dessa criança, onde deve ser iniciada a ventilação adequada que irá evitar sequelas neurológicas e até a mortalidade desses recém-nascidos. Esse procedimento deve ser realizado por um profissional habilitado e treinado. O pediatra é o profissional mais treinado, desde a sua residência médica em Pediatria, para realizar esse atendimento. Sabe-se também, que inúmeras vezes, o recém-nascido necessita de algum auxílio para iniciar a respiração mesmo quando não há indícios de sofrimento fetal anteparto, por isso, a importância da presença deste profissional no atendimento de todos os recém-nascidos na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deve haver presença de Pediatra em todos os partos cesáreos. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a presença do melhor profissional habilitado para prestar assistência ao recém nascido que é o Pediatra. Nos locais, principalmente no interior do país , que não tenham este especialista ,precisa ter um profissional exclusivo para atender o recém nascido( enfermeiro/a ; técnico de enfermagem).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra com habilidade em reanimação neonatal é essencial para garantir o prognostico de rn sujeitos a quaisquer graus de asfixia neonatal, assim como para reconhecimento precoce de anormalidades que possam por em risco a vida ou o desenvolvimento dessas crianças, agindo imediatamente para diminuir os riscos e complicações das mesmas.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Apesar de poucos recém-nascidos precisarem de todas as etapas da reanimação neonatal é importante um profissional capacitado em todos os procedimentos, como intubação traqueal e cateterismo umbilical, visto que não se pode prevê com absoluta certeza quem não precisará de todos os passos da reanimação, apesar de uma história clínica materna bem colhida. O pediatra é o profissional mais habilitado não só em procedimentos que compete somente a ele, mas também o mais habilitado na ventilação efetiva com balão e máscara. A presença do pediatra em sala de parto em qualquer nascimento é imprescindível e faz a diferença no resultado final, o qual desejamos ser um RN bem, estabilizado e com sua família. Tirar o pediatra da sala de parto, mesmo naquelas situações que aparentemente não existe risco de sofrimento fetal é arriscar demais com a vida de uma criança, já que eventos inesperados podem acontecer. Todos os trabalhos mais atuais mostram que o início rápido da reanimação neonatal é fundamental e primordial para um resultado satisfatório e quem pode fazer isso de forma rápida e seguindo todos os passos da reanimação é o pediatra. Portanto não ter o pediatra em todos os partos, mesmo sem risco aparente, é ter a incerteza se aquela criança sairá bem, é não saber se terá alguém capacitado para lhe dar tudo o que lhe é recomendado. E lembrar que uma vida poderá ser salva, se um profissional habilitado em todos os passos da reanimação estiver presente, mesmo que só uma. Uma criança que precise pode ser pouco, mas será mais uma vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: DISCORDO do Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Aonde a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Para endossar meu desagrado cito: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). A assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: SOU A FAVOR DA PRESENÇA DE PEDIATRA EM SALA DE PARTO CESAREANO MESMO QUE A GRAVIDEZ SEJA A TERMO E SEM SOFRIMENTO FETAL.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	1ª: É imprescindível a presença de um neonatologista ou pediatra na sala de parto. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Outra	1ª: Em relação ao cuidado do recém-lançado nascido, deverá sempre haver um pediatra na sala de parto e não apenas em caso de cesariana sob anestesia geral ou sofrimento fetal como foi proposto. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Como pediatra, pude constatar várias vezes gestantes sem fatores de risco, com trabalhos de parto aparentemente tranquilos que acabaram complicando, evoluindo para cesáreas de urgência, cursando com sofrimento fetal e sendo fundamental o papel do profissional pediatra na sala de parto. Em hospitais referência e instituições maiores e de ensino, fica ainda mais clara a necessidade do pediatra ou neonatologista em sala de parto, pois o número de situações de risco, complicações e urgências materno-fetais aumenta significativamente. Penso ser um retrocesso no que diz respeito à preservação da vida e manutenção da integridade física do recém nascido a ausência do médico pediatra ou neonatologista em sala de parto.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
--------------	-----------------	---------------------------	------------

12/05/2015	Outra	<p>1ª: Como paciente, quero colocar que o modelo de assistência ao parto seja modificada, pois nós mulheres precisamos ser respeitadas, e bem orientadas. Treinar os profissionais de saúde que prestam assistência a gestante é muito importante pois assim haverá nivelamento no atendimento. Qque sejam criadas politicas de assistência a gestante da gestão ao puerpério, para que assim possamos ter crianças mais saudáveis. Outro modelo que deve ser importado como opção é o parto domiciliar assistido e veiculação de informações, oficinas, propagandas para a melhor divulgação da assistência prestada pelo SUS.</p> <p>2ª: -</p>	
------------	-------	--	--

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Como mãe e cidadã, penso ser um absurdo e retrocesso a possibilidade de não contar com aquele que é o profissional mais habilitado e capacitado para prestar atendimento ao recém nascido, assegurando a manutenção da vida e integridade física do bebê, no caso o pediatra ou neonatologista.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Boa noite Colegas, soube da medida através de uma colega em formação para pediatra. Fiz pediatria em uma escola de excelência, USP Ribeirao Preto, e considero a iniciativa extremamente arriscada para saúde pública. Um parto cesariana é procedimento cirúrgico e com anestesia, sendo extremamente comum intercorrencias com o Recém nascido. Desde as mais leves devido anestesia ou ausência de trabalho de parto, que requerem intervenção do pediatra como intercorrencias durante a cirurgia. Hoje sou Oncologista e me recuso a fazer sala de parto devido os riscos que já vivenciei e considero a agilidade e bom atendimento em sala de parto fazem toda a diferença, e o ideal é a recepção ser feita pelo neonatologista, ou pelo menos um pediatra experiente e com curso específico. Espero ter contribuído.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eu como pediatra já fiz algumas assistências a recém nascidos em cesáreas eletivas ou não consideradas "de risco" nas quais os bebês não nasceram bem. Neste momento nós temos poucos minutos para melhorar as condições daquele bebe e evitar sequelas definitivas.Considero errada a retirada do pediatra das salas de parto em cesarianas.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta em risco; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Em mais de vinte cinco anos trabalhando em dois serviços públicos e um particular, como neonatologista da sala de parto e Intensivista neonatal e há mais de 15 anos como instrutora e coordenadora estadual do programa de reanimação neonatal, tive oportunidade de presenciar várias vezes casos de cesáreas eletivas e por indicação por cesáreas anteriores recentes ( iterativa) onde não havia sofrimento fetal evidente no exames. Porém ocorreram nascimentos de bebês banhados de mecônio e que haviam aspirado meconio intraútero ou ocorreu dificuldade na retirada do RN durante a cesária ou havia malformação que não tinha sido diagnosticada no ultrassonografia fetal, culminando com sofrimento na hora do nascimento que não estava previsto, com necessidade de entubação orotraqueal e as demais manobras de reanimação . Casos vivenciados por mim e por outros colegas aliados a trabalhos científicos que tive oportunidade de ler. Fica aqui a minha indignação com esta medida que nada tem acrescentar com melhoria da assistência ao RN em sala de parto. Convém lembrar que estes bebês, uma vez mal assistidos, acarretam em um aumento do número de internação e sequelas neurológicas futuras , com conseqüente prejuízo financeiro para os familiares e para o Estado por toda uma vida e também aumento da morbimortalidade neonatal e/ou pediátrica</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: No que tange ao desconhecimento por parte de vcs que elaboraram este documento gostaria de informar Q procurassem melhores evidências científicas e descobriram q mesmo cesáreas de baixo risco e partos normais podem evoluir com neonatos com necessidade de assistência pediátrica .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra em todas as salas de parto, inclusive cesariana, pois a mesma já indica risco para o recém-nascido. Procedimento é exclusivo do médico.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a ausência de pediatra na sala de parto aumenta o risco de morbidade e mortalidade dos recém- nascidos</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou a favor do pediatra na sala de parto.Faço diariamente sala de parto e é comum ter que reanimar recém-nascido filho de puérpera de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Estou impressionada com o relatório que não cita a composição do grupo avaliador e nem mesmo cita os estudos avaliados, de que revistas tais estudos foram tirados para se demonizar a cesariana e suas indicações atuais. Incrível defenderem uma política pública sem ouvir as vozes dos que estão lidando diretamente com o parto. Aliás, quantos obstetras foram consultados e quantos intensivistas pediatras, que cuidam de crianças asfisiadas prematuras foram consultados neste grupo? Porque outros trabalhos do Ministério da Saúde tem o nome dos autores e dos pesquisadores e este trabalho não?</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém nascidos a termo (37-41semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2087 RN de parto cesárea não- urgente sob anestesia regional versus 4842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesarea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao partovaginal em recém-nascidos de termo( Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). À necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6o.minuto após o nascimento, independentemente de peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto(Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Deveria ser revista a recomendação de ausência do pediatra das salas de parto cesáreo, visto que tal orientação foi baseada em evidência fraca. Além do que, mesmo em parturientes de baixo risco pode ser necessária a reanimação neonatal em tempo oportuno.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Experiencia clinica demonstra que, muitas vezes, recém-nascidos de baixo risco, sem evidencia de sofrimento fetal, necessitam reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra a retirada do pediatra da sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Atendimento do recém nascido sempre deverá ser realizado por pediatra treinado.</p> <p>2ª: Ressaltar a importância do bom atendimento pelo pediatra no momento do nascimento e do reflexo no futuro deste cidadão.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou Neonatologista e trabalho em maternidade há 24 anos e neste período pode presenciar vários caso e posso afirmar que é imprescindível a presença de um pediatra ou neonatologista na sala de parto. O nascimento é sempre uma caixa de surpresa mesmo estando com todo monitoramento só temos certeza que tudo está bem quando temos o recém nascido em nossas mãos. Quando tudo corre bem e o recém nascido tem vigor e atividades boas ,pouco temos a fazer , porém quando ocorre algum problema e essa vitalidade não é boa as condutas a serem tomadas não podem demorar , cada minuto é importante para garantir um bom prognostico a esse RN. A demora na realização de manobras pode trazer sequelas irreversíveis.Por isto a importância de um neonatologista no momento do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero um absurdo e uma falta de responsabilidade por parte dos responsáveis a possibilidade de não se fazer necessário a presença do pediatra na sala de parto. Seria um retrocesso depois de tanto se estudar e difundir as diretrizes de reanimação não tal para médicos pediatras. Sabemos que situações imprevisíveis podem acontecer e que as sequelas decorrentes de anomia não tal são muitas vezes</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Tem que ter um pediatra em toda sala de parto. Independente das condições de parto. Toda criança tem o direito de ser atendida em sala de parto por profissional capacitado.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou neonatologista há 8 anos e recepciono recém nascidos de uma grande maternidade de minha cidade (900 partos/ mês) e posso dizer que vários partos ditos de baixo risco, acabaram com necessidade de intervenção minha, como por exemplo, entubação e transferência para UTI NEONATAL. Com certeza, estes casos, teriam sequelas se não fossem prontamente atendidos por um pediatra!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A paralisia cerebral associada a hipoxia perinatal leva a diversas alterações no desenvolvimento da criança, que vão gerar um ônus significativo para a família e para o estado. Não encontrei estudos que comparem a economia feita pela ausência do pediatra nas salas de parto com os custos gerados para o atendimento das "poucas" crianças que não sendo prontamente reanimadas ficaram com sequelas, que mesmo sendo "apenas" transtornos de comportamento e aprendizagem, implicam em perda de capacidade produtiva. Assim sendo, não considero pertinente mudança de conduta feita com base em apenas 1 estudo realizado há 30 anos.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo do texto relatado, pois o nascimento de qualquer criança, com fatores de risco ou não, é um fenômeno de grande surpresa, portanto requer um profissional especializado em pediatria e com habilidade e atualização nas manobras da reanimação neonatal e fica a pergunta: você gostaria que seu filho ou neto fosse recepcionado por um profissional que não tivesse posse do ato de uma intubação orotraqueal? o que eu quero para minha família, devo querer para todas as famílias brasileiras.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero um retrocesso retirar o pediatra da sala de parto, prejudicando assim a melhor assistência ao Rn ,naquele que chamamos de "primeiro minuto de ouro" .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Concordo com as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Não existe a possibilidade de tirar da sala de parto o Pediatra habilitado para Reanimação Neonatal em qualquer tipo de parto,sobretudo na Cesareana pela possibilidade de intercorrência inerente à qualquer procedimento cirúrgico.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Deve ter Pediatra sempre na sala de parto . Estamos no Brasil , onde a qualificação é do Pediatra. Quem realmente faz os treinamentos para reanimação do RN são as Sociedades de Pediatria .Espero que não acha retrocesso . Ainda temos gestantes sem pré-natal , e sífilis congênita no RN. Isto é país subdesenvolvido, infelizmente .</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Capítulo 2 – Cesariana programadaApresentação pélvicaResumo das recomendaçõesOnde se lê: “Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas.Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada.A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal.” Sugere-se:A versão cefálica externa deve ser oferecida para mulheres com apresentação pélvica a partir de 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de oligohidrânio, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas.A cesariana deve ser oferecida para mulheres com contraindicação para versão cefálica externa ou para aquelas em que o procedimento não foi bem sucedido, por reduzir a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal.Onde se lê: “Uma revisão sistemática com 6 ECRs, (n=612), mostrou redução de 60% dos partos não cefálico utilizando versão cefálica externa em mulheres com gestação pélvica, comparando com aquelas em que a versão não foi utilizada (RR=0,42, 95% IC 0,35-0,50). Encontraram redução de cesariana nas mulheres que realizaram versão cefálica externa comparada com aquelas que não utilizaram a versão (n=612, RR=0,52, 95% IC, 0,39-0,71) (17, 18). A versão cefálica externa realizada com menos de 37 semanas não diminuiu o número de partos não cefálicos (RR=1,02, 95% IC 0,89-1,17) (19) (evidência 1a).” Sugere-se:“Uma revisão sistemática com 8 ECRs e inclusão de 1.308 mulheres com idade gestacional maior do que 36 semanas e apresentação pélvica demonstrou que mulheres submetidas à versão cefálica externa tiveram redução de 60% dos partos não-cefálicos em comparação com aquelas em que a versão não foi utilizada (n=1.308; RR=0,42; 95% IC 0,29-0,61). A versão cefálica também foi associada a uma redução nas taxas de cesariana (n=1.308; RR=0,57; 95% IC 0,40-0,82) (17, 18) (evidência 1a).” Justificativas:Benefícios e indicação da versão cefálica externaA revisão sistemática sobre versão cefálica externa mais recente na Biblioteca Cochrane foi publicada em Abril deste ano, com a inclusão de um ECR em comparação à versão anterior (2012). A última revisão traz resultados semelhantes à versão anterior, com a inclusão de um número maior de pacientes (A revisão referenciada na Diretriz é de 2001, com inclusão de 6 ECR e 612 pacientes. Após a publicação das diretrizes do NICE (2011), foram publicadas duas atualizações da revisão sistemática da Cochrane: 2012 e 2015). É importante ressaltar que todos os estudos incluídos nessa revisão recrutaram pacientes com idade gestacional acima de 36 semanas, fato que justifica a modificação da recomendação da diretriz para a inclusão de pacientes com idade gestacional a partir de 36 semanas (e não restrita a essa idade).Vale ainda lembrar que as recomendações do Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006) (também referenciada na diretriz do NICE) sobre a versão cefálica externa são direcionadas para gestantes com apresentação pélvica a partir da 36ª semana de gestação, sem limite superior para tal procedimento (RCOG, 2006; Impey; Lissoni, 1999) (evidência 3).17. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 1;4:CD000083.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. RCOG Guideline No. 20a. London, 2006.Impey L, Lissoni D. Outcome of external cephalic version after 36 weeks’ gestation without tocolysis. J Matern Fetal Med 1999;8:203–7.“A versão cefálica</p>	

externa realizada com menos de 37 semanas não diminuiu o número de partos não cefálicos (RR=1,02, 95% IC 0,89-1,17) (18) (evidência 1a).” Versão cefálica externa antes de 37 semanas Ainda não existem evidências suficientes para recomendar a versão cefálica externa (VCE) antes da 37ª semana de gestação (18). A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane publicada em 2006 (atualização da revisão publicada em 2000, referenciada na Diretriz) incluiu três ensaios clínicos randomizados, com critérios de inclusão heterogêneos. Um estudo não demonstrou diferenças nas taxas de apresentação não-cefálica no momento do parto entre mulheres que realizaram a VCE antes da 37ª semana e aquelas que não realizaram o procedimento. Outro estudo avaliou a VCE realizada entre 33 e 40 semanas de gestação (com possíveis repetições do procedimento) comparada com a não realização do procedimento. Esse estudo demonstrou uma diminuição das apresentações não-cefálicas no momento do parto (RR=0,59; IC 95% 0,45-0,77). O terceiro estudo incluído na revisão avaliou a realização da VCE entre 34 a 35 semanas em comparação ao procedimento realizado entre 37 e 38 semanas e não evidenciou diferenças significativas nas taxas de apresentação não-cefálica entre os dois grupos (18) (evidência 1a). Estudos ainda são necessários para avaliar os possíveis efeitos nas taxas de parto prematuro e outros desfechos neonatais (18).

18. Hutton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD000084.

Contraindicações da versão cefálica externa Apesar de a maioria das contraindicações para versão cefálica externa nas gestações de termo não terem respaldo em evidências científicas (Rosman et al., 2013), são contraindicações comumente mencionadas nas principais diretrizes internacionais: oligohidrâmnio (mencionado em cinco diretrizes: ACOG, RCOG, NVOG, KNOV, RANZCOG), crescimento intrauterino restrito (ACOG, RCOG, KNOV, RANZCOG), anomalias uterinas (ACOG, RCOG, NVOG, RANZCOG), bolsa rota (ACOG, RCOG, NVOG), complicações maternas (hipertensão ou pré-eclâmpsia) (ACOG, RCOG, KNOV), anomalias e/ou complicações fetais (ACOG, RCOG, NVOG, KNOV, RANZCOG) e sangramento vaginal (ACOG, RCOG, RANZCOG). A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre versão cefálica externa não lista trabalho de parto ativo como contraindicação para o procedimento (Hofmeyr et al., 2015). Apesar de mencionada na diretriz do NICE (2011), essa contraindicação também não se baseia em evidências científicas. As recomendações do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2001) apenas mencionam a escassez de informações sobre tentativas de versão cefálica externa em pacientes em trabalho de parto ativo. Sabe-se que a versão cefálica externa deixa de ser oferecida a até 15% das mulheres elegíveis para o procedimento (Rijnders et al., 2013). Restringir as indicações para mulheres na ausência de trabalho de parto é preocupante, já que mais de 25% das pacientes não têm o diagnóstico de apresentação pélvica no pré-natal (Hemelaar et al., 2015). Tal restrição certamente limitará os benefícios associados ao procedimento para o nosso país (redução das apresentações não-cefálicas e das taxas de cesariana). American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin: External cephalic version.* *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001(72):198-204.

Hemelaar J, Lim LN, Impey LW. The Impact of an ECV Service is Limited by Antenatal Breech Detection: A Retrospective Cohort Study. *Birth* 2015 Apr 15. doi: 10.1111/birt.12162. [Epub ahead of print]

Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Apr 1;4:CD000083.

Rijnders M, Offerhaus P,

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>van Dommelen P, Wiegers T, Buitendijk, S. Prevalence, Outcome, and Women's Experiences of External Cephalic Version in a Low-Risk Population. Birth 2010(37):125-33.Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F, Rijnders M, Mol BWJ, Kok M. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2013(92):137-42.Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External cephalic version and reducing the incidence of breech presentation. RCOG Guideline No. 20a. London, 2006.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: TOMEI CIÊNCIA HOJE (12/05) NÃO HÁ TEMPO PARA ANALISAR E ESTABELECEER UMA VISÃO CRITICA DA PROPOSTA. DEVERIA TER MAIS TEMPO E MAIOR DIVULGAÇÃO ENTRE OS MÉDICOS OBSTETRAS. SOLICITO AMPLIAR O TEMPO PARA CONSULTA PÚBLICA E AUMENTAR A DIVULGAÇÃO ENTRE OS ENTES ENVOLVIDOS.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: A recomendação não está de acordo com evidências científicas atuais</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de deixar bem clara a minha opinião sobre a importância da existência de uma equipe MULTIDISCIPLINAR (médico, enfermeira, auxiliar e tecnico de enfermagem) para a assistência aos recém-nascidos. Não existe baseado na literatura científica atual garantia que o recém-nascido vai nascer com boa viabilidade (ou simplificando, nascer bem) baseado apenas nas informações colhidas com a mãe e/ou baseado nas informações contidas na carteira de pré-natal. Além disso, caso ocorra qualquer intercorrência com o recém-nascido, não haveria tempo hábil para a chegada do médico até a sala de parto.Sendo assim, gostaria de enfatizar a IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL MÉDICO PEDIATRA-NEONATOLOGISTA na EQUIPE MULTIDISCIPLINAR que vai fazer a assistência ao recém-nascido.Qualquer atitude diferente desta acredito estar classificada como imperícia pois não existe respaldo na literatura científica mundial - ILCOR (OBS: caso exista respaldo, peço por favor para que me envie. Com isso poderia estudar e me atualizar)Obrigado</p> <p>2ª: gostaria de enviar tambem as recomendações da sociedade brasileira de pediatria sobre a reanimação neonatalA falta do profissional médico poderia aumentar muito o numero de pacientes com hipóxia cerebral, aumentando ainda mais os gastos com a saúde neonatal e com pacientes com comprometimento neurológico durante toda a vidaObrigado</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Sobre o trecho de "Cesarianas prévias": "É recomendado que a assistência ao parto em gestantes com cesariana prévia seja em ambiente hospitalar. A forma de nascimento deve ser discutida e escolhida no oitavo mês de gestação pela gestante, durante o pré-natal." Gostaria de contribuir compartilhando um material sobre o risco de ruptura uterina. Sendo este 0,2% no caso de uma cesariana prévia, não vejo justificativa plausível para desaconselhar o parto no âmbito domiciliar. A mulher deve ter DIREITO DE ESCOLHA, sendo submetida a um termo de conhecimento dos riscos e consentimento da assistência da equipe de parto. Tirar das mulheres o direito de escolha baseado em um risco tão baixo não me parece coerente nem tampouco humanizado.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Os Pediatras entendem que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou coordenador de um serviço de emergência pediátrica de alto risco em um hospital estadual que abrange o atendimento para toda a macrorregião baiana, a exceção da capital. Uma grande parte do nosso universo de pacientes é representado por recém-nascidos cujos partos foram realizados em centros com poucos recursos técnicos e profissionais para o primeiro atendimento de crianças com algum grau de complicação e que repercutirá invariavelmente em graus variados na morbimortalidade delas. Tristemente assistimos a essa realidade que sabemos só poderá ser mudada quando se institua a participação obrigatória de neonatologistas nas salas de parto, principalmente nos partos cirúrgicos onde as complicações respiratórias aumentam, como foi demonstrado em estudos nacionais e estrangeiros. Hoje em dia uma grande parte dos recursos deste hospital são direcionados ao cuidado destes pacientes e suas sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é essencial em sala de parto para se ter uma boa recepção de um recém-nascido. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser de fundamental importância o Atendimento ao recém nascido em sala de parto pelo melhor profissional ou seja pelo pediatra habilitado em reanimação neonatal. Isto tem relevância no prognóstico para a criança e na diminuição dos casos de afiliação perinatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Todo parto cesárea deve ter um pediatra presente em qualquer situação</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Deve ser considerado o aumento do risco para a necessidade de ventilação mecânica em RN à termo, nascido por cesariana em relação ao parto vaginal. A assistência ao RN na sala de parto deve ser realizada por pediatra treinado em reanimação neonatal ou na sua ausência por pediatra, que é o profissional preparado para tal atenção. Minha experiência em assistência por longos anos em áreas de difícil acesso no Brasil reforça minha convicção a respeito da exposição acima, além do de estudos atuais alertarem para o aumento de risco (Arch Dis Child Fetal, Ed 2010;95:F326-30).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou completamente contra a ausência do pediatra no momento do parto visto que é de Esencial importância ao prognóstico de um recém nascido que necessita de cuidados especiais no periparto reduzindo a chance de seqüela para o mesmo para toda a vida. O pediatra faz-se necessário em TODOS os partos quer sejam de risco, quer não! Não queremos aumentar as estatísticas com neuropatas asfixos por falta de assistência médica de qualidade! Queremos saúde para nossos bebês e não números! Deixo aqui registrado a minha indignação com esta medida desumana!</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Outra	<p>1ª: Como Pediatra trabalhando em hospital de referencia estadual acredito ser uma temeridade a diretriz sobre cesareanas no Brasil não sugerir profissional adequado ao atendimento de recém nascido . Sabemos das dificuldades nacionais, mas todos os recém nascidos deveriam ter o direito de serem atendidos por pediatra. Recebemos freqüentemente em nosso hospital bebês com complicações decorrentes da falta de atendimento adequado. Se falta estrutura, pelo menos um profissional com mais capacidade e conhecimento como o pediatra, pode fazer diferença na vida destes bebês, diminuindo mortalidade e morbidade o que também deve levar a diminuição de custos a saúde pública.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nao concordo com as novas diretrizes para assistencia a gestante e ao recém nascido!! Jamais um parto vaginal ou cirurgico pode dispensar a assistencia do neonatologista em sala de parto!!! Ninguem pode saber as condições de nascimento de um bebe, independente de ser gestação de risco ou não.contra estas condutas colocadas na diretrizes</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero que o Pediatra Neonatologista é de fundamental importância na sala de parto para receber o recém nascido evitando possíveis problemas a sua saúde.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A proposta do recém-nascido não ser assistido pelo pediatra no momento do nascimento é um retrocesso na assistência à saúde do pequeno cidadão brasileiro. Por mais que a gestação e o trabalho de parto tenham transcorrido sem intercorrências clínicas, o parto é um evento fisiológico complexo onde complicações obstétricas poderão ocorrer e repercutir negativamente de forma imediata e/ou a longo prazo para toda a vida da criança e de suas famílias, quando não levar ao óbito fetal ou neonatal. A asfixia perinatal ainda é uma realidade sombria nas estatísticas brasileiras de morbimortalidade infantil. Ao invés de exercer o seu papel de promotor da saúde e aperfeiçoamento das modalidades de assistência médico hospitalar no território brasileiro, o ministério da saúde vem propor um plano para "fabricar" uma legião de crianças sequeladas por asfixia perinatal pela demora de um atendimento comprovadamente eficaz na reversão da asfixia perinatal. Os últimos consensos científicos enfatizam a necessidade de iniciar medidas de reanimação no primeiro minuto de vida, o que será impossível se o pediatra não estiver presencialmente no mesmo ambiente onde acontece o parto. Senhores rogo-vos NÃO APROVAR TAL MEDIDA. CHEGA A SER DESUMANA e irracional tal mudança.</p> <p>2ª: -</p>	
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra qualificado e treinado em reanimação neonatal, foi uma conquista sonhada por muitas décadas, portanto considero um retrocesso não haver pediatra em sala de parto por cesariana, ou quaisquer outras vias de parto. A presença de pediatra no momento do nascimento, avaliando o RN e iniciando dentro do primeiro minuto de vida, a ventilação por pressão positiva nos bebês que necessitarem, é um fator diferencial, não só na sobrevivência dessas crianças, como também na qualidade de sobrevivência! estudos prospectivos mostram que o parto cesariana não urgente, aumenta em 42% o risco de necessidade de realização de ventilação com balão e máscara !!!! ( Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95,:F 326-30 A demora em iniciar os procedimentos de reanimação , o que inclui a realização desses procedimentos por mãos não habilitadas, aumenta o risco de sequelas neurológicas de gravidade variável e irreversíveis!!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
12/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como Pediatra, Neonatologista, venho manifestar a indignação da classe. A SBP vem batalhando arduamente ,ao longo dos anos, para capacitar/atualizar pediatras e auxiliares da reanimação, bem como outros profissionais que possam estar presente ao nascimento, para que o essencial "golden minute" seja bem conduzido, evitando assim, possíveis complicacoes e sequelas de um mau atendimento... No entanto, essa diretriz vai contra nossa realidade. Mesmo em cesáreas não urgentes, dentro das condições clínicas descritas no documento, por volta de 42% desses RN vão precisar de manobras de reanimação, mais precisamente, de ventilação com balão e máscara, só este número justifica a presença do pediatra na sala de parto nessas condições ditas "sem risco"(arch dis Chile fetal neonatal, 2010). Fica contraditório que o próprio MINISTERIO DA SAÚDE compactue contra a saúde da criança dessa forma. Prefiro pensar que deve estar havendo algum tipo de falta de informação, alteração dos dados estatísticos pois , caso contrário, caracteriza CRIME. Saúde é um direito de todo cidadão Brasileiro.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Decisão absurda, se conforme as estatísticas 1 de cada 10 Rn necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Boa tarde! Como pediatra gostaria de relatar o que acontece no meu dia a dia em uma maternidade longe dos grandes centros. Por exemplo as minhas ultimas 10 cesarianas precisei de reanimar 4 sendo fundamental minha presença para uma futura qualidade de vida para esses recém-nascidos. Destas gestantes posso afirmar que a maioria não teve pré-natal de qualidade pois por exemplo o contato com um obstetra foi apenas no momento do parto, para saber se a cesariana nao é de risco voces devem primeiro corrigir o pre-natal para depois chegar no parto. Tanto a mae quanto o recém-nascido são uma interrogação e isso se agrava quanto mais distante de um grande centro. Não falta pediatra para acompanhar o que falta são boas remunerações e isso se estende a qualquer profissional de qualidade. É um retrocesso o que vocês estão querendo fazer, a reanimação não depende só de um profissional vocês deveriam estar regulamentando é a presença de um pediatra com pelo menos mais um profissional treinado em reanimação neonatal na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Segue arrazoado sobre o local do parto em mulheres com cesariana anterior e a assinatura de 250 médicos e enfermeiras obstetras e obstetrizas que apoiam essa questão, de forma a dar mais autonomia às mulheres e mais chances de obterem o parto como desejam.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto. A saúde dos recém nascidos e a assistência adequada durante e após nascimento tem que estar garantidas. Muitas mortes e sequelas são evitadas com a assistência pós parto imediata. O atraso ou inexistência de assistência adequada coloca em risco a vida dos recém nascidos. Não podemos permitir esse retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou instrutora de reanimação neonatal. Sabemos que a cada 100 nascimentos, 10 bebês necessitam de manobras de reanimação. E desses 10 necessitará de ventilação com pressão positiva. Esses dados não se referem aos partos de alto risco e sim a todos os partos das mais diversas vias. O atendimento de um recém nascido é muito específico. Técnicas imprecisas podem levar a danos como pneumotórax, falha na reanimação, anóxia, entre outros. Assim sendo, é de suma importância que os recém nascidos sejam atendidos pelo pediatra com capacitação em reanimação neonatal em qualquer sala de parto. Ir contra isso é retroceder décadas no atendimento materno-fetal, expondo-os a riscos desnecessários!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: INACEITAVEL PEDIATRA NAO ESTAR PRESENTE EM SALA DE PARTO SEMPRE</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista tem como preceito zelar pela integridade física de meus pacientes ainda que estes ainda estejam por nascer dentro do ventre de suas progenitoras. Como instrutora do curso de reanimação neonatal e seguindo as orientações da sociedade brasileira de pediatria e as normais internacionais venho esclarecer que para uma adequada perfusão cerebral, o recém nascido deve iniciar sua respiração adequada dentro dos primeiros vinte segundos após o seu nascimento, sendo sua reanimação completa dentro do primeiro minuto no qual chamamos de "golden minute" e somente assim conseguimos salvar os neurônios dessas crianças. Todo nascimento deve ser encarado como uma situação de provável risco, visto que as vias aéreas estão obstruídas e a circulação pulmonar ainda não está adequadamente funcionando. Tornando a presença de um reanimador capaz de executar todas as etapas da reanimação (ventilação, intubação, cateterismo umbilical e administração de drogas) imprescindível em todo o nascimento. Sua ausência ou demora na chegada ao local, aumentará o índice de asfixia neonatal e consequentemente de neuropatas da sociedade, gerando sofrimento nesses pacientes como em suas famílias, além do aumento do custo para o tratamento de suas possíveis sequelas.</p> <p>2ª: Como mãe me senti extremamente segura com a presença do pediatra das minhas filhas comigo durante o nascimento delas, pois sabia que se fosse preciso, havia material humano, profissional e técnico para que elas fossem protegidas de uma possível intercorrência.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero insubstituível a atuação do Pediatra na Sala de Parto. Não devemos retroceder e deixar RNs sem atendimento especializado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de um pediatra na sala de parto, independente da via de parto ou fatores de risco, é indispensável.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo que o Pediatra possa ter sua presença dispensada no atendimento ao RN na sala de parto. No Brasil a taxa de pré-natal feito de forma inadequada ou a sua ausência, gera muitas complicações perinatais, que muitas vezes podem não conseguir ser previstas durante a evolução do trabalho de parto. A literatura mostra que o período de assistência pós-parto é de extrema importância para a vida do indivíduo, e a asfixia intra-utero, se não adequada e imediatamente tratada, pode resultar em sequelas graves e até óbito ao recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Ajudar as mulheres a tomarem conhecimento do procedimento cirurgico e motiva-las a ter um parto natural e humanizado</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: IntroduçãoPág 17 – No 3º parágrafo, as recomendações para a população brasileira a partir do C-Model com dados da pesquisa “Nascer no Brasil” é 28% e pode seguramente se situar entre 25 e 30%. Cap 2 – Apresentação pélvica (págs. 28-30)Parece-me que não existe evidência de efeito adverso quanto à versão cefálica externa a termo a ponto que ela não possa ser recomendada. A recente revisão da Cochrane (External cephalic version for breech presentation at term. Hofmeyr GJ1, Kulier R, West HM. 2015) evidencia que a VCE reduz em 43% a ocorrência de cesariana (OR 0,57; 0,40-0,82). A recomendação não deveria desabonar a realização do procedimento a termo e sim estimular sua realização ainda que a realização de VCE com 36 semanas talvez tenha maior potencial na redução de cesárea quando comparada com VCE a termo.Dessa forma sugiro alteração da recomendação: “Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada.” Para a seguinte recomendação: "A versão cefálica externa deve ser recomendada em gestantes a termo quando não foi possível sua realização com 36 semanas " External cephalic version for breech presentation at term. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 1;4:CD000083Quanto ao parto em apresentação pélvica, creio que possa ser adicionada a recomendação da sociedade canadense (SOGC) e do colégio americano (ACOG) sobre a possibilidade de parto pélvico em gestações selecionadas com taxas de mortalidade e morbidade perinatal equivalentes à cesariana, conforme o estudo PREMODA.Sugiro acrescentar na recomendação "A cesariana é recomendada para gestantes com fetos em apresentação pélvica devido à redução de mortalidade perinatal e morbidade neonatal", a seguinte recomendação: “Caso seja desejo da gestante, o parto pélvico vaginal poderá ser recomendado, quando houver as seguintes condições: apresentação pélvica completa (pelvipodálica) ou incompleta modo nádegas, peso estimado entre 2500 e 3500g, ausência de deflexão do pólo cefálico" Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G; PREMODA Study Group. Am J Obstet Gynecol. 2006 Apr;194(4):1002-11.Capítulo 2 – HIV (pág. 39-41)Quanto à recomendação “A cesariana não é recomendada para prevenir transmissão vertical, em gestantes HIV positivas quando: - a mulher faz uso de profilaxia antirretroviral (HAART) com carga viral menor que 400 cópias/mL ou - a mulher está em terapia antirretroviral (TARV) com carga viral menor que 50 cópias/mL. A cesariana é recomendada nas gestantes HIV positivas sem uso de antirretrovirais ou com carga viral maior que as referidas acima.”Creio que a recomendação deve ser adaptada e seguir a mesma recomendação das “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes” publicado pelo Ministério da Saúde em 2010, a fim de uniformizar as condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, permitindo parto vaginal quando carga viral &lt; 1000 cópias.http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_gestantes_2010_vf.pdfCapítulo 3 – Operação cesariana a pedido (pág. 46-51)Seria importante que caso seja decidido pela cesariana por preferência materna durante o pré-natal seja fornecido a ela algum documento onde ela manifesta tal preferência, tal como já acontece com o termo para realização de laqueadura tubária, para seja levado para maternidade no dia da cirurgia ou quando entrar em trabalho de parto. Seria recomendável que o próprio comitê da Diretriz formulasse tal termo a fim de que este possa ter padrão uniforme no país. Capítulo 4 – Parto vaginal com</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>cesariana prévia (pág. 52-61) Acerca das recomendações para Cesariana prévia creio que deve ficar claro no resumo das recomendações (pág 14) que o parto vaginal é recomendado quando há 1 ou 2 cesarianas prévias</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Avaliar trabalhos que julgaram como critério o índice de Apgar tão somente é deixar uma lacuna de possíveis maus resultados após a avaliação de 5o minuto de um neonato INDEPENDENTE DA TÉCNICA ANESTÉSICA UTILIZADA. O índice de Apgar é um fator preditivo de boa/má evolução da saúde nos primeiros momentos de vida de um neonato, porém um bom score de Apgar isoladamente NÃO SIGNIFICA que este neonato dispensará os cuidados de reanimação neonatal feitos por um pediatra qualificado para tal tarefa. Os cuidados neonatais não se resumem apenas aos primeiros instantes e primeiras manobras. Propor a extinção do pediatra em sala de parto é algo tão absurdo quanto propor a não obrigatoriedade da presença do anestesista em sala logo após a execução do bloqueio/indução anestésica! Isto é um absurdo!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Pediatras e Neonatologistas de nosso país há mais de 20 anos vêm trabalhando no treinamento de profissionais para o atendimento do RN em sala de parto, com muita preocupação, dedicação e sucesso. O programa de treinamento em reanimação neonatal brasileiro é reconhecido mundialmente e é atualmente o segundo maior programa de reanimação neonatal no mundo. O programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria desenvolve pesquisas científicas e identificou que 10 em cada 100 bebês que nascem, independente do tipo de parto precisam de ajuda para iniciar sua respiração mantê-la logo após o nascimento. Se faz necessária a presença de um profissional treinado. Existem RNs que necessitarão de intubação orotraqueal para a aspiração de líquido meconial em traquéia, que por vezes não foi identificado antes do nascimento, logo após o nascimento e este procedimento é permitido somente ao médico. Portanto essencial o pediatra estar presente. A recomendação de tornar facultativa a presença do pediatra em sala de parto é inadequada, irresponsável pois colocará a vida de recém nascidos em risco de morte e de morbidades (síndrome hipóxico-isquêmica) potencialmente sequelantes para o resto de sua vida gerando elevado custo econômico e social. Esse movimento é contrário ao que se preconiza mundialmente em relação à atenção ao RN ao nascer. Um retrocesso. Nosso país é repleto de discrepâncias sendo que em regiões a presença do profissional treinado é escassa, porém, deverá ser realizado o melhor atendimento à esse paciente, seja lá por quem for, desde que adequadamente treinado.</p> <p>2ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: No meu entender e pela minha experiência profissional há importância para o bem estar do RN a presença do pediatra em sala de parto . FFevos valotizar o profissional também pela sua experiência no manejo com este paciente tão especial .</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Participo como médica de comitês de prevenção ao óbito infantil. Muitas vidas poderiam ter sido salvas se houvesse pediatra na sala de parto. Como especialista afirmo que já salvamos muitas crianças com nosso conhecimento técnico.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com o capítulo que fala sobre não ser necessária a presença de pediatra na sala de parto em cesáreas sem sofrimento fetal documentado ou sem anestesia geral à mãe. Como pediatra e neonatologista num país com um número considerável de cesáreas eletivas -ou seja, supostamente sem riscos - já precisei reanimar diversos neonatos que até então não tinham fatores de risco perinatal. Toda sala de parto deve ter profissional capacitado para a reanimação neonatal, para um parto seguro para o neonato.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O PEDIATRA quando possível deve estar presente em todo nascimento para assistir devidamente a criança. Já existem evidências científicas INCONTESTÁVEIS que mudamos a vida da criança para SEMPRE quando uma reanimação neonatal é feita de forma rápida,segura e eficaz. Mesmo um parto normal, sem risco aparente, pode complicar necessitando do profissional devidamente qualificado . NÃO PODEMOS PERMITIR retrocesso; é um DIREITO da criança ser devidamente REANIMADA quando necessite no nascimento. O impacto econômico,social, psicológico e familiar enorme não permite mais nos anos 2015, inseguranças de qualquer ordem neste momento. Existem no mundo todo PRÁTICAS SEGURAS PROTOCOLADAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Já existem vários documentos e comprovações da importância do pediatra na sala de parto, mesmo em partos inicialmente sem sinais de risco. É um direito da criança e da mae, e muda o prognóstico do bebê em caso de asfixia perinatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Discordo, devido grande risco de faltar assistência médica nos casos de gravidez de risco, ou mesmo nas circunstâncias de imprevisibilidade que envolve o parto e sequelas feto-maternas!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordo com a diretriz no que concerne a não obrigatoriedade do neonatologista na sala de parto, e também a não obrigatoriedade da presença do anestesiológico na instituição hospitalar que recebe as parturientes, haja vista que qualquer parto normal pode complicar e esses profissionais são muito necessários para que o desfecho seja um sucesso! Então NÃO CONCORDO com a diretriz!!!!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: a CONITEC -Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatriarecomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: No Brasil, mais de 50% dos partos são cirúrgicos, enquanto que a recomendação da OMS é que esse seja indicado em cerca de 20% das gestações. A morbidade que essa situação carrega é imensa, desde infecção puerperal (principal causa) até o óbito materno.Outra questão a ser trabalhada é a do aleitamento materno EXCLUSIVO até 6 meses. Nosso país ainda está bem abaixo da média preconizada, chamando atenção para a população menos esclarecida. O uso de fórmulas infantis e papas inadvertidamente causam mal para os lactentes e isso deve ser enfatizado tanto quanto os benefícios do leite materno.Vamos continuar incentivando o parto normal e o aleitamento materno exclusivo!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Nao podemos retirar o pediatra da sala de parto! PARTO É COM OBSTETRA E PEDIATRA!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: discordo outros profissionais não tem a capacidade tecnica suficiente para esta assistencia,apenas terinamento não e´ suficiente, uma assistencia no inicio da vida repercute por toda a vida</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manifestar minha indignação com a proposta de retirar o pediatra das salas de partos cesarianos que não tenha sinais de sofrimento fetal. Considero um contra senso, pois a cesariana só deveria ser realizada com indicação precisa e portanto com algum risco. Além disso, aprendi e ensino que o parto é uma caixinha de surpresas. Tudo pode ocorrer. Como se não bastasse a falta de pediatra nos interiores e a total desassistência que todos nós brasileiros assistimos a cada dia.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É de fundamental importância a presença de pediatra na sala de parto, mesmo em situações de feto a termo e sem risco de sofrimento fetal. Visto que situações imprevisíveis podem ocorrer.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Deixo aqui o meu parecer sobre a importância do Pediatra Na sala de parto em qualquer circunstância. Visto que , como profissional da área e atuando inclusive em sala de parto e UTI neo, sabemos que, mesmo sem sofrimento fetal e com boa vitalidade, o recém-nascido Pode nascer com depressão neonatal, e assim, necessitando de reanimação neonatal, de competência da figura do Pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: todo e qualquer parto pode ter complicação, mesmo quando o pré natal é bem feito. o que na maioria das vezes não ocorre nas maternidades públicas. portanto sempre há necessidade de pediatras em todas as salas de parto, para q possamos salvar vida de recém nascidos.Quando é necessário procedimentos médicos.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra de sala de parto desde 2006 e tenho acompanhado os estudos sobre reanimação em sala de parto. Acompanha o Sistema Único de Saúde desde minha formação médica pois fiz faculdade pública e sei como é o domínio público na prática. Considerando que as gestantes que chegam às maternidades públicas em sua maioria NÃO tiveram acompanhamento pré-natal em sua maioria, e aquelas que o fizeram , entram na Maternidade sem conhecer a equipe assistente e vice versa; Considerando que as unidades estão sempre lotadas, tanto para gestantes quanto para Recém-nascidos; considerando que as gestantes de risco , também têm parto natural, considerando que os profissionais técnicos não tem preparo , nem respaldo legal para realização de procedimentos invasivos, portanto, considerando que as estatísticas demonstram que o 1º minuto de vida é extremamente importante no prognóstico destes recém-nascidos, considerando que esta portaria não foi discutida amplamente com profissionais da área, eu NÃO CONCORDO COM A RETIRADA DE PEDIATRA DE SALA DE PARTO EM NENHUMA CIRCUNSTÂNCIA. Mesmo em partos sem risco existe uma grande chance de asfixia perinatal (20%) onde a morbidade é elevada. Além de que o APGAR não determina manobras a serem realizadas no RN , mas está mais relacionado ao risco de asfixia, então APGAR abaixo de 7 no 5º minuto, Cesárea ou natural, não são bons indicadores e só reforçam que o profissional deva ser treinado para realizar todos os procedimentos até administração de adrenalina e intubação. E chamar o pediatra depois que o RN nasceu já terá ultrapassado o 1º minuto de vida( Minuto de Ouro).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Tirar o direito de um recém nascido a uma assistência especializada é o maior retrocesso que os gestores da saúde poderiam fazer, estamos voltando a idade da pedra.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com a Diretriz quando diz que não é necessário pediatra em cesárias sem sfa ou anestesia geral. Sabemos que o pré-natal no nosso país é muito ruim, no meu Estado muitas mães não conseguem nenhuma consulta com médico obstetra. Fora que acontecer imprevistos na hora da cesária é bem comum e nesses casos quem vai ser o maior prejudicado será o bebê que não tem culpa de nada, Por isso acho que deveria ser revisto esse ponto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do Pediatra é indispensável pela evolução dos estudos pois em qualquer fase do parto pode ocorrer complicações, sendo q o especialista, no momento, faz a diferença para a vida futura desta criança</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Presidência da SBP solicita que cada Pediatra manifeste sua opinião até 13/5 na consulta pública – Cuidado ao Recém-Nascido na Sala de Parto07/05/2015A Presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria e seu Programa de Reanimação Neonatal consideram de fundamental importância a participação dos Pediatras Brasileiros até 13 de maio na CONSULTA PÚBLICA Nº 08 <a href="http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas">http://conitec.gov.br/index.php/consultas-publicas</a> - Proposta de elaboração das “Diretrizes de Atenção à Gestante: a Operação Cesariana” que inclui o Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Maria Fernanda B de Almeida e Ruth GuinsburgCoordenação do Programa de Reanimação Neonatal da SBP Eduardo da Silva Vaz Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Asfixia ao nascer é a principal causa de mortalidade de recém-nascidos a termo, em todo o mundo. Existem diversas pesquisas sérias realizadas no Brasil que confirmam esta afirmação. A ausência de pediatra na sala de parto é apontada como agravante dessa situação. Não consigo entender uma diretriz que dispensa este profissional num momento crucial da vida de um bebê. Pois, em termos de economia, os custos com os casos de encefalopatia neonatal são muito superiores aos de manter um pediatra na sala de parto. Independente das expectativas de parto cesáreo sem risco, quem trabalha em centro obstétrico sabe o quão surpreendente pode ser o momento do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Existe a necessidade formal da presença do pediatra na sala de parto, seja este normal ou cesariana. A escolha da forma como este parto transcorrerá é de inteira responsabilidade só médico assistente.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho um absurdo, depois de tantos anos de luta para conquistar o direito de ter o pediatra na sala de parto, tirarem esse profissional. O parto é uma caixinha de surpresa, nunca se sabe as condições do recém-nascido até sua retirada, portanto é imprescindível o pediatra na sala de parto, pois os primeiros 5 minutos de vida do RN, são essenciais a sua sobrevivência, e é o momento que o médico qualificado atuará, para evitar que o RN tenha anóxia neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra, vejo ser indispensável a permanência de pediatra em sala de parto para cesarianas, visto que o diagnóstico de sofrimento fetal é concluído somente após tal procedimento. Muitas vezes os exames perinatais são inconclusivos ou estão errados.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: o pediatra é imprescindível em qualquer sala de parto, pois o minuto de ouro que tanto se preconiza no atendimento dos recém-nascidos vai ser perdido quando outro profissional, que não seja pediatra, atender o mesmo. E mesmo que aparentemente não seja parto ou cesárea de risco, muitas intercorrências podem ocorrer e se o pediatra não estiver presente, vai aumentar a morbimortalidade destes recém-nascidos e com grandes chances de os mesmos terem sequelas graves para o resto da vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Desta maneira o brasileiro no futuro tornar-se-á um ser incapaz , pois seguramente será paralitico cerebral. O pediatra é o profissional capacitado para coibir os danos cerebrais nos primeiros 5 minutos de vida. Certamente os autores do projeto jamais se furtarão de ter em sala de parto o profissional capacitado ,como o pediatra para atender a sí ou aos seus . Porque deixar a revelia sem esse direito os mais pobres. É o cumulo do absurdo. Tenham amor ao brasileiro.!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto. em minha opinião, a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. entendo que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.como pediatra consciente e futura mãe, desejo para meu filho o atendimento em seu primeiro minuto de vida pelo profissional mais capacitado que existir, e que não deixará as melhores manobras em desuso por falta de capacitação.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto deve ser obrigatória.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A cesariana hoje tem um alto índice e muitas vezes segundo relato das mães é por opção delas.Pela Iniciativa hospital Amigo da Criança quando é necessário tem que se referir ao protocolo de cesareanas.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: I. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO Considerando que: Estudo realizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com busca ativa nas 27 Secretarias de Estado da Saúde dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida em 2005, 2006 e 2007, evidenciou que 15 bebês brasileiros morreram ao dia por causas associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo, com peso ao nascer em média de 3170g e sem malformações. Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. No Brasil a cada ano, estima-se que 280.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, incluindo cerca de 32.000 prematuros com peso abaixo de 1500g. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e que a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia. O Código de Ética Médica (Capítulo 1, Princípios Fundamentais V) afirma que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente, incluindo-se assim o atendimento de crianças pelo pediatra, que é o profissional treinado para o manejo da prevenção e cura nessa faixa etária. A presença de pediatra na sala de parto é garantida na Portaria MS/GM no 569 de 1/06/2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (anexo II, item 6), e que essa portaria é uma das bases do preâmbulo da Portaria GM/MS no 1459 de 24/06/2011 que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS. Inexistência de médicos com especialidade em Pediatria para realizar a recepção em todos os nascimentos ocorridos no país. O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. No entanto entende que, nos locais distantes dos grandes centros em que a presença do pediatra não for possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>II. ASSISTÊNCIA AO PREMATURO TARDIO E RECÉM-NASCIDO DE TERMO EM ALOJAMENTO CONJUNTO E APÓS ALTA HOSPITALAR Considerando que: O recém-nascido prematuro tardio (35 e 36 semanas) que recebe alta em 48 horas do alojamento conjunto, especialmente em aleitamento materno exclusivo, apresenta risco duas vezes maior de morbidade até 28 dias em relação ao recém-nascido de termo, com perda de peso maior que 2% ao dia, icterícia com pico do quinto ao sétimo dia, problemas alimentares, desidratação, hipotermia, apneia e infecções, sendo essas as principais causas da reinternação hospitalar nos primeiros 10 dias de vida. O recém-nascido a termo precoce (37 e 38 semanas) apresenta maior morbidade do que o</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>recém-nascido de termo de 39 a 41 semanas de idade gestacional; A alta hospitalar da mãe e recém-nascido dentro das primeiras 48 horas pós-parto, denominada precoce, está associada à falha na identificação de problemas cardio-pulmonares, hiperbilirrubinemia grave, cardiopatias congênitas canal dependente, obstruções gastrintestinais, megacolo congênito, entre outros, que podem se tornar aparentes durante os primeiros dias pós-parto e requerem um período de observação mais longo, por profissional qualificado e experiente; O exame físico minucioso do recém-nascido antes da alta hospitalar deve ser feito pelo profissional com maior treinamento para o manejo da prevenção e cura nessa faixa etária; O retorno ambulatorial é obrigatório entre 48 e 72 horas após a alta hospitalar de recém-nascidos assistidos em alojamento conjunto para avaliar as condições de amamentação, hidratação, eliminações, icterícia e outras intercorrências ou possíveis doenças. O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria sustenta que todo recém-nascido deve ter alta hospitalar do alojamento conjunto somente após a avaliação clínica do Pediatra, assim como o acompanhamento pós-alta hospitalar. Colocamo-nos a disposição para quaisquer esclarecimentos e agradecemos desde já a atenção dispensada. Dr. Eduardo da Silva Vaz Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É um direito constitucional a gestante ter a presença de um profissional capacitado (pediatra) no momento do parto, uma vez que, ao nascituro pode apresentar problemas logo após ao nascer. Diz a constituição de 1988 que todos tem direito a vida, desta forma, estaria tolindo o direito ao colocar em risco a vida de um recém nascido sem a presença de um profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: è indispensavel a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto para evitar Asfixia neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A não presença de pediatra em sala de parto é um retrocesso na assistência ao recém-nascido. O nascimento trata-se de uma fase crítica, de mudanças fisiológicas importantes e a ausência de um profissional capacitado em detectar possíveis situações agudas de risco, aumenta o risco de morbimortalidade ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: . O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A Medicina baseada em evidencias, mostra que há estudos que afirmam segurança e eficiencia na VCE após 37 semanas de gestação; que, por haver uma taxa baixíssima de rotura uterina em parto vaginal, pós cesárea, não há contra-indicação de PD; por tanto, as indicações reais de cesáreas necessitam ser esclarecidas e evidenciadas para a gestante e familia, acima de tudo com veracidade e transparência. A mulher deve exercer o livre-arbítrio consciente de ambos os lados cesárea eletiva x parto normal</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: è imprescindível a presença do pediatra/neonatalogista na assistência do recém nascido na sala de parto, mesmo sendo recém nascido a termo e sem evidencia de sofrimento fetal para evitar Asfixia neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Acho muito importante o pediatra estar presente em todas as salas de parto, independentemente do tipo de parto, pois sou neonatologista e tenho visto com frequência nascerem RN deprimidos de partos aparentemente sem risco. Há inclusive dados mostrando que RN de cesáreas, mesmo eletivas, nascem mais deprimidos do que RN de partos normais. A presença do pediatra em sala de parto foi uma conquista nossa, após muitos anos de luta! A mortalidade neonatal precoce contribui de forma mais expressiva, atualmente, para manter estável a mortalidade de menores de 1 ano, impedindo sua redução. Não vamos regredir!!!</p> <p>2ª: Achei muito significativa a ação do Ministério da Saúde de divulgar o curso de reanimação neonatal para outros profissionais não médicos, mas isso se aplica a locais onde não há ediatras, situações de emergência! Muitos dos procedimentos realizados em sala de parto fazem parte do ato médico e, portanto, não devemos generalizar sua realização por profissionais não médicos.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: è fundamental a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto, mesmo que o recém nascido seja a termo e sem evidencia de sofrimento fetal, pois essa é a maneira mais eficaz para evitar Asfixia neonatal e reduzir a taxa de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. <i>Circulation</i> 2010;122:S909–19. Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. <i>Arch Pediatr Adolesc Med.</i> 1995;149:20–25. Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. <i>Pediatrics.</i> 2006;118:1028–1034. Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a> Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? <i>European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology.</i> 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? <i>Obstetrics and gynecology.</i> 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng. ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. <i>Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition,</i> 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Contra a Proposta de retirada do Pediatra da Sala de Parto!</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: é fundamental a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto, mesmo que o recém nascido seja a termo e sem evidencia de sofrimento fetal, pois essa é a maneira mais eficaz para evitar Asfixia neonatal e reduzir a taxa de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: è fundamental a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto, mesmo que o recém nascido seja a termo e sem evidencia de sofrimento fetal, pois essa é a maneira mais eficaz para evitar Asfixia neonatal e reduzir a taxa de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra deve ser obrigatório em caso de parto cesáreo mesmo que criança e gestante sem fatores de risco para complicações.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). ENFIM, TODA SALA DE PARTO DEVERIA TER UM PEDIATRA CAPACITADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL PARA MANTER DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE PERINATAL.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É imperiosal a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto em todos os partos, independente do recém nascido ser a termo e sem evidencia de sofrimento fetal, pois essa é a maneira mais eficaz para evitar Asfixia neonatal e reduzir a taxa de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É imperiosa a presença do pediatra na assistência do recém nascido na sala de parto em todos os partos, independente do recém nascido ser a termo e sem evidencia de sofrimento fetal, pois essa é a maneira mais eficaz para evitar Asfixia neonatal e reduzir a taxa de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Acredito que o profissional treinado e capacitado deva estar presente em TODOS OS NASCIMENTOS . sou neonatologista trabalho em hospital público de ensino e sou testemunha ha 20 anos de quantos partos evoluem com complicações não previstas no histórico e até mesmo em partos cesarianos eletivos por HIV ou qualquer outra indicação. A presença do neonatologista fez toda a diferença na vida dessas crianças, dessa famílias e tenho certeza que repercutiu e repercute até hoje em todas as esferas sociais. O custo de pediatra em sala de parto - todas- é ínfimo perto do custo financeiro, emocional e social de crianças vítimas de asfixia perinatal que não tenham sequer tido a chance do tratamento inicial e garantia de preservar o "golden minute".</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: acho fundamental que o parto, independente de ser parto normal ou cesareano, seja assistido por ginecologista e pediatra. meu filho mais velho nasceu com apgar 9/10 e com 30 min, entrou desconforto respiratorio, se nao tivesse pediatra, poderia ter sequelas.</p> <p>2ª: creio que a alternativa de fazer o parto com parteira ou doula deve ser uma opção da mãe, no momento em que o ministerio da saude abre esta portaria, na pratica, esta vai ser a unica opção da maioria das mães assistidas no sus.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É sabido que no Brasil a anóxia ainda é uma das principais causas de morbimortalidade dos recém nascidos, principalmente nos partos cesarianos. Desta forma, a presença de um neonatologista/pediatra acompanhando o parto é fundamental</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como professora de neonatologia da UFPB sou consciente da importância em manter o pediatra habilitado e treinado em atendimento em sala de parto em todas as maternidades públicas e privadas. Mesmo em gestações a termo, sem indícios de sofrimento fetal o recém-nascido pode nascer em apnéia (sem respirar) e esta reanimação primordial ("Golden Minute") do primeiro minuto de vida é capaz de garantir boa resposta e evitar sequelas da asfixia prolongada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra/neonatalogista na assistência ao recém nascido em Sala de Parto em todos os partos mesmo nos a termo e sem evidencia de risco é a forma mais eficaz de garantir a prevenção da Asfixia Neonatal e portanto de reduzir r a morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Acredito não ser essencial a presença de pediatra para a recepção do rn no caso de gestação de risco habitual e sem sofrimento fetal além da ausência de anestesia geral. Tenho que ter sim profissional capacitado em reanimação segundo as evidências científicas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Rara é a vez que uma cesárea ocorre sob anestesia geral e esta não é a única categoria de fármacos que pode comprometer a vitalidade fetal; NEM TODA cesariana, independentemente de ter sido a sua indicação precisa ou inadequada mostra o sofrimento do feto ANTES da retirada do mesmo; descolamentos prematuros de placenta, por exemplo, podem ser sutis à observação clínica e o sofrimento fetal pode ser tão intraparto que não é verificado antes da retirada do bebê. Se o pediatra não estiver de Stand by, na sala da cirurgia, perde-se o MINUTO DE OURO, onde a atuação do pediatra deve ocorrer ANTES MESMO de ser conferido o Apgar do 1º minuto. Não há dados que assegurem que o pediatra é dispensável! Há dados sim para garantir que o aquecimento pode ser a única manobra. Mas a NÃO PRESENÇA do pediatra pode gerar um ATRASO na intervenção necessária que pode por em risco muitos RNs! Não concordo em o pediatra ser dispensado da equipe, independentemente da via de parto! E eu pergunto: qualquer uma das pessoas que escreveu a diretriz se sentiria seguro sabendo que o pediatra para o seu filho NÃO ESTÁ LÁ, a postos, para atendê-lo?? Se não é bom para mim, Se não é bom para a minha família, não posso dizer que seja bom para a população do meu país!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A recomendação mundial é que tenhamos preparado todos os materiais que eventualmente possam ser necessários em todos os partos independente de ser ou não parto com risco. O profissional presente à sala de parto deve estar preparado para executar todos os passos da reanimação neonatal. A demora em qualquer um desses passos pode acarretar sequelas e óbitos.O PEDIATRA É O PROFISSIONAL TREINADO PARA QUE O NEONATO ESTEJA SUBMETIDO A MENOR RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É essencial a assistência do recém nascido em sala de parto realizada pelo pediatra em todos os partos independentes de haver ou não fatores de risco. Maneira mais efetiva na prevenção da Asfixia Neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Apos resultados de pesquisas científicas e estatísticas de mortalidade materno-infantil alarmantes fazem 16 anos que o segundo maior programa de reanimacao neonatal do mundo(Brasil) vindo atras dos E.U.A. e necessario que a assistencia ao recém-nascido em sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja,o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimacao neonatal. Apos evidencias científicas e diante do quadro grave de baixa educacao em saude do nosso povo o programa vem treinando milhares de profissionais inclusive as parteiras da amazonia que seja habilitado em ventilacao com balao e mascara, cuja atencao esteja voltada exclusivamente para o recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É imprescindível a assistência do recém nascido em sala de parto feita pelo pediatra em todos os partos independentes de ser ou não parto de risco. Maneira mais efetiva na prevenção da Asfixia Neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do médico pediatra durante operação cesareana deve ser obrigatória, independentemente do risco gestacional ou neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Considero imprescindível a presença do pediatra no atendimento ao recém-nascido em sala de parto. Existe risco em qualquer parto mesmo sem sofrimento fetal identificado previamente e a ausência do pediatra pode levar a danos irreversíveis no neonato. A referência científica pode ser obtida no site da Sociedade Brasileira de Pediatria - Reanimação Neonatal em Sala de Parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: 1 em cada 10 recém nascidos precisam de ventilação com pressão positiva ao nascer, 1 em cada 100 precisam de intubação e 1 em cada 1000 precisam de compressões torácicas e medicações (fonte NALS). Apesar da vontade do Governo, o médico não pode ser substituído por enfermeiras ou outros profissionais e nem mesmo Lula ou Dilma procuram enfermeiros para se tratar. Essa proposta cria uma medicina para pobre (sem pediatra em sala de parto) e a outra para quem pode pagar convênios. Caso seja aprovado, vamos aumentar e muito os pacientes com seqüela neurológica. O profissional capacitado para reanimar recém nascidos (que mesmo em cesária eletiva pode necessitar de reanimação rápida) é o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).. O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É de importância inquestionável a necessidade da assistência do recém nascido em sala de parto realizada pelo pediatra em todos os partos independentes de haver ou não fatores de risco, dessa forma reduziria a morbimortalidade neonatal, através da prevenção da Asfixia Neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A Maneira mais efetiva na prevenção da Asfixia Neonatal é a assistência do recém nascido em sala de parto realizada pelo pediatra em todos os partos independentes de haver ou não fatores de risco, contribuindo dessa forma para a redução das sequelas e mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Recém nascidos sem assistência médica adequada e imediata pode desenvolver sequelas neurológicas irreversíveis (anoxia neonatal grave ) . É necessário assistência de profissional médico pediatra que está apto para reconhecer condições que exigem intervenção imediata .</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Todo recém nascido deve receber a Assistência na sala de parto pelo Pediatra, pois esse é o profissional capacitado para procedimentos adequados e efetivos na prevenção da Asfixia Neonatal, causa importante de morbimortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A Asfixia Neonatal é causa importante de sequelas e mortalidade neonatal e a prevenção de mesma é fundamental e para isso é necessário que todos os recém nascidos independente de serem de parto de risco, devem receber a assistência na sala de parto realizada pelo profissional mais treinado que é o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo recém-nascido tem o direito de ser atendido em sala de parto pelo profissional melhor preparado, o médico pediatra com capacitação de atender todos os passos da reanimação neonatal. Todo parto normal ou cesariana é sempre uma urgência, que deve contar com pediatra preparado, assim como com todo material necessário para uso imediato. Cada segundo é vital na reanimação em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: o obstetra é importante, mas não é só ele!!! Tentarei fazer aqui um breve discurso. Estudo publicado no Lancet 2010 coloca que: 23% DE CERCA DE 4.000.000 (4 MILHÕES) DAS MORTES NO PERÍODO NEONATAL SE DEVEM A ASFIXIA, O QUE DÁ CERCA DE 920.000 MORTES POR ASFIXIA. A revista ainda pondera que para muitos desses neonatos O ACESSO A REANIMAÇÃO ADEQUADA E IMEDIATA NÃO ERA DISPONÍVEL... Mas ainda não vou parar por aqui e fazer perguntas retóricas... Nós, neonatologistas e pediatras também seguimos um programa na residência médica e temos que fazer cursos de reanimação de forma periódica, até para nos atualizarmos em relação as recomendações dos estudos... Um desses é o programa de Reanimação Neonatal onde em seu segundo questionamento sobre "Quais Recém-Nascidos necessitam ser reanimados?" ele responde: "Aproximadamente 10% dos neonatos precisam de alguma assistência para começar a respirar logo após o nascimento; menos de 1% necessita de medidas de reanimação avançadas para sobreviver (...) A presença de fatores de risco pode ajudar a identificar aqueles bebês que necessitarão de reanimação, MAS VOCÊ DEVE ESTAR SEMPRE PRONTO A REANIMAR O RECÉM-NASCIDO, UMA VEZ QUE, MESMO NA AUSÊNCIA DE FATORES DE RISCO, ALGUNS PACIENTES PRECISARÃO SER REANIMADOS". Lá na frente, em outra sessão, ele ainda enfatiza: "TODO NASCIMENTO DEVE SER ATENDIDO POR, PELO MENOS, UMA PESSOA CAPACITADA A REALIZAR A REANIMAÇÃO NEONATAL E CUJA ÚNICA RESPONSABILIDADE SEJA O ATENDIMENTO DO BEBÊ". Associado a tudo isto coloco ainda a importância do "Golden Minute" ou "Minuto de Ouro"... O que isso quer dizer? Que você tem 1 minuto para começar a reanimação avançada caso seus passos iniciais não surtam efeito... E qual a importância disso? A cada segundo de retardo no início dessas manobras aumenta a morbimortalidade do recém-nascido!!!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com o exposto neste documento. É um retrocesso depois de tantos ganhos, diante do índice de mortalidade neonatal e de tudo que já sabemos sobre a reanimação neonatal, retirar o neonatologista deste momento."Este documento diz em sua página 15:-É recomendada a presença de um profissional de saúde adequadamente treinado em Reanimação Neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidencia de sofrimento fetal.E na página 63, o documento declara de forma enfática que:-o Ministério da Saúde considera capacitado para a Reanimação Neonatal o profissional que realizou o Curso de Reanimação Neonatal.O citado documento não relaciona a necessidade da presença do Pediatra na sala de parto. Em verdade, exclui o pediatra. Um retrocesso que consideramos inaceitável. Desde 15 de março de 1993, através da Portaria nº 31, do Ministério da Saúde que o atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém nascido por neonatologista ou pediatra, seja parto normal ou cesariana, fruto da luta da SBP e suas filiadasEm 01 de junho de 2000, pela Portaria nº 569, do Ministério da Saúde, em seu Anexo II, está escrito:- Todas as unidades integrantes do SUS tem como responsabilidades: ...6. Garantir a presença de pediatra na sala de parto.Quando o citado documento relaciona profissional de saúde não explicita o Pediatra, abrindo possibilidades para outra profissão da área , treinada em reanimação neonatal, atuar na sala de parto. O Pediatra é treinado para o atendimento à criança e o Curso de Reanimação Neonatal, ministrado pela SBP através de suas filiadas, para o Pediatra é diferente daquele dado aos outros profissionais de saúde .Excluir o pediatra da sala de parto, seja do parto normal ou cesariana, é deixar de oferecer a melhor assistência ao recém nascido. É ele quem dará os primeiros cuidados e intervirá nas situações emergenciais, que podem estar presentes em ambos os partos.Excluir o Pediatra da sala de parto é negar aos usuários do SUS, a parcela mais desprotegida da população brasileira, a melhor Medicina de nosso tempo. É um retrocesso que não podemos permitir."Portanto,desejando o melhor atendimento ao recém nascido, principalmente aos usuários do SUS ( que serão, na prática, os mais afetados ), sou formalmente contra este texto."</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: isso não pode acontecer</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de manifestar minha contrariedade quanto a ausência de pediatra nas cesáreas sem fator de risco, uma vez que como pediatra atuante em neonatologia já fiz várias salas de parto sem fator de risco e cujo recém nascido necessitou de intervenção. Acho essa medida um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesáreanão-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesarianão urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto é imprescindível em toda e qualquer situação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: um retrocesso... tantos estudos para o abanco do auxilio ao parto e agora essa conduta! e sabido do golden minute !! como treinar profissionais não médicos a isso? envolve mais que so reanimação, envolve entendimento anatômico, farmacológico, e toda uma correlação clinico patológica para se proceder com a correta conduta numa sala de parto! medicina não e uma ciência exata! não da para equiparar !! um absurdo!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou formada pela FMUSP em 1991, com especialização em Pediatria e Neonatologia. Nos primeiros 5 anos de profissão, estive diariamente envolvida em assistência à sala de parto, e presenciei muitos casos de partos a termo, onde não havia "risco" (na teoria; porque na prática sempre existe), e houve alguma intercorrência onde a rápida intervenção do pediatra na sala de parto foi fundamental para que a criança não sofresse asfixia neonatal, comprometendo todo o seu futuro e de sua família. Nos últimos 15 anos, não trabalho mais em sala de parto, mas atendo em um serviço onde há uma grande demanda de crianças com sequelas neurológicas por asfixia, em situações que teoricamente não teriam risco. É INADMISSÍVEL retirar o pediatra da sala de parto!!!! É um retrocesso!!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Presença de pediatra habilitado em reanimação neonatal em todos os partos, independente da classificação de risco da gestante ou de recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de reforçar a importância do empoderamento da informação as gestantes, pois estas estão plenamente mergulhadas no universo da gestação. um mundo imaginário surge e os desejos idealizados da gestação e do parto afloram. desta forma acredito que a mulher bem informada estará mais confiante e preparada para dar à luz, conhecendo os procedimento e momentos do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto é um direito da criança e dever do Estado. Não existe situação segura. E os risco já acontecem pela própria cesariana, e o profissional capacitado para o atendimento é o Pediatra. As sequelas de um atendimento inadequado nos primeiros minutos de vida são incalculáveis.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra há mais de 15 anos e trabalho em uma maternidade pública no município de Betim com atendimento a recém nascidos em sala de parto. Vejo com muito importante e indispensável a presença do pediatra na sala de parto seja ele cesárea ou vaginal. Vários estudos falam do golden minute, onde a assistência inicial adequada ao recém nascido é determinante para o sucesso da reanimação e prognóstico do bebê. Ter o pediatra na sala de parto garante que todos os procedimentos necessários, entre eles a intubação, serão realizados no momento certo e da maneira mais adequada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Poderia se pensar em uma ação mais efetiva de auditoria com relação a justificativa da cesárea.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Cada parto é um evento único e imprevisível! Deve contar com Pediatra em recepção de recém nascido em qualquer situação.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Como descrito nos documentos anexados ao email a grande maioria dos recém-nascidos nascem sem complicações mesmo na cesariana, é claro que anteriormente a entrada desta gestante no centro-cirurgico deve ser avaliada com BCF e pressão arterial, estando dentro dos padrões de normalidade não há necessidade de um pediatra para recepcionar o recém-nascido e sim de preferencia um enfermeiro neonatologista com o curso de reanimação neonatal segundo as diretrizes de 2011, as mais atuais. Assim , concordo que os profissionais pediatras devam ser realmente solicitados em cesarianas de urgencia com evidencia de sofrimento fetal, fazendo cumprir a resolução do ministerio da saude em q diz que o Enfermeiro Neonatologista pode recepcionar o recém-nascido de baixo risco. Att, Enfermeira Neonatologista Alice de Paula</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo profissional pediatra capacitado na reanimação neonatal e que nas cidades onde não exista o pediatra disponível, a assistência seja executada por outro profissional de saúde disponível capacitado em reanimação neonatal e no uso de ventilação com balão e máscara e com atenção exclusiva ao recém-nascido. Referências Arch Dis Child Fetal Neonatal . Ed 2010; 95; F 326-30 Resuscitation 2012; 87; 869-73</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: &amp;#8722; Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Totalmente absurda essa decisão, um pediatra é um profissional imprescindível no momento do parto, pois inúmeras complicações podem ocorrer mesmo não sendo uma cesariana de risco. Além disso os profissionais ali presentes devem cuidar da gestante e o pediatra do recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessário é imprescindível o pediatra na sala de parto, independente da situação da mãe ou do RN. A criança deve ser avaliada assim que nascer, na tentativa de evitar problemas mais sérios posteriormente.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho inadmissível como pediatra e como mulher uma sala de parto sem a presença do pediatra. O parto, mesmo de baixo risco, pode passar a ser de maior risco no momento do nascimento, e sem a presença de um pediatra treinado os riscos para o RN são enormes! Uma reanimação mal feita ou não feita pode levar a morte ou a sequelas irreparáveis, aumentando inclusive o custo para o sistema de saúde. Uma criança com sequelas neurológicas gera custos e problemas para sua família e para sociedade como um todo. Não destruam ainda mais a saúde deste país!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Posso falar apenas da minha experiência profissional, trabalhando como neonatologista há 5 anos. Quantos partos eu não presenciei, que eram cesáreas eletivas inicialmente e se apresentaram complicadas depois. Nesses casos, o que fazer quando o recém-nascido nasce deprimido? Obstetizes podem fazer a reanimação até certo ponto, pois não lhes é permitido realizar intubação. Assim, um mecônio não é prontamente aspirado da traqueia e, até chamar um pediatra de sobreaviso, o minuto de ouro já passou e o prognóstico do bebê piorou exponencialmente.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: As complicações durante o parto são imprevisíveis. Não ha como dispensar a assistência do profissional pediatra durante todos os partos ocorridos em ambiente hospitalar sob pena de risco de morte aos recém nascidos. Isso seria um grande retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra !!! Tem q ter pediatra</p> <p>2ª: Nao concordo ! Tem q ter pediatra</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Esta é uma análise de docentes e médicos da Divisão de Obstetrícia do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estando tudo incluído no documento anexo.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra em qualquer tipo de parto, seja normal ou cesárea, classificado com alto ou baixo risco, é imprescindível!! Não há como abrir mão de um profissional capacitado e especializado na assistência ao recém nascido! Há muitas situações que contrariam o risco antes considerado baixo!!a ausência do pediatra nas salas de parto ou bloco cirúrgico acarretará uma maior número de mortes e sequelas perinatais! Adotar uma medida com esta é um verdadeiro absurdo! Inaceitável</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A cesariana deve ser uma opção apenas para mulheres com alto risco em sua gestação. Visto que , em relação a mortalidade em gestantes a maior causa é hemorragia e infecções geradas a maior parte em cirurgias cesarianas. Além disto, as cesarianas eletivas tem aumentado os índices de bebês com prematuridade pulmonar. Logo, a cesariana só deve ser indicada em casos específicos.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto torna-se INDISPENSÁVEL pois a alegação realizada pelo Ministério da saúde e ao que dispõe a CONITEC NÃO está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. " ... A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto do nascimento, independente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto ..."</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero retrocesso no tempo excluir o médico pediatra neonatologista da sala de parto em qualquer tipo de parto, uma vez que não dá para prever quando aquele recém-nascido terá algum tipo de intercorrência, e o profissional mais apto a realizar todos os procedimentos necessários a sua reanimação é o pediatra</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Obrigatoriedade do neonatologista na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	1ª: todo recém-nascido deve ser recepcionado em sala de parto por um pediatra independente da via de parto 2ª: -	
13/05/2015	Empresa	1ª: Sou médico pediatra neonatologista crm :31789 posiciono contra a tais medidas a serem implementadas de assistência especializada em sala de parto por profissionais nao pediatras .Todos os partos sabidamente existem um grau de gravidade e a chance de complicações sao inerentes a cada situação .O medico pediatra presente é a segurança de um atendimento adequado e um direito a mae e recém nascido ter essa segurança . Trabalho em 2 maternidades em Porto Alegre e vejo diariamente a necessidade de reanimação pediátrica mesmo em partos de baixo risco . Abdicar desse profissional em um momento decisivo para vida do recém nascido contribuirá para aumento de sequelas neurológicas futuras e aumento da mortalidade infantil . 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: Acho necessária a presença ,do pediatra,em todas as salas de parto,pois muitas vezes um parto ou cesárea sem "problemas" evolui de forma inesperada necessitando de alguém com conhecimento técnico para intervenção imediata. Ao retirarmos o mesmo da sala teremos um aumento de crianças com rebaixamento e provavelmente PC. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Sou favorável a presença do pediatra em sala de parto, independente se parto vaginal ou cesareana 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Deve continuar sendo obrigatória a presença do pediatra na sala de parto, pois isso garante a melhor assistência a criança, além de possibilitar a mãe um ambiente de maior segurança 2ª: -	
13/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Estudo mostra que a taxa de ruptura uterina é 0,2% e não impede um parto normal após cesárea. <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4">http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371%2Fjournal.pmed.1001184#s4</a> 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: É importante a presença do pediatra na sala de parto para que se evitem complicações graves para o bebê e até a morte do mesmo, pois mesmo em partos de baixo risco podem acontecer complicações inesperadas e o pediatra é o profissional preparado para dar assistência à estes pacientes. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Todo recém nascido deve ser recepcionado por médico pediatra capacitado independente da idade gestacional 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: acho de extrema importancia a presença do pediatra na sala de parto, mesmo nas gestações sem risco, sem problemas aparentes. trabalho em um hospital no setor de sala de parto, uti neonatal, e atendemos vários recém-nascidos com hipoxia, que necessitaram de reanimação do pediatra pois houve uma complicação no momento do parto. enfermeiros e outros profissionais nao medicos não tiveram formação adequada para tratar essas possíveis interocrecncias, e tenho certeza que um curso rapido também nao os capacitariam para tal, podendo gerar mais problemas e com isso mais vagas de uti neonatal, mais problemas futuros, aumentando ainda mais os custos com saúde. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Sou contrária a recomendação de ausencia de pediatra na sala de parto cesareo de baixo risco. mesmo sendo baixo o risco ele ainda existe e por isso este pequeno percentual pode aumentar muito o numero de anoxiados envolvendo mais gastos com neuropatas no futuro! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É necessário a presença de pediatra na sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, isto é, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, e este procedimento pode ser necessário em parturientes de baixo risco inclusive.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica neonatologista e por várias vezes fiz salas de parto para recém nascidos que não teria probabilidade nenhuma de complicação, mas que infelizmente apresentaram intercorrências graves que necessitaram de reanimação e a presença de um médico neonatologista fez toda diferença na reanimação, pois em um minuto já é suficiente para uma anoxia neonatologia grave com riscos de sequelas neurológicas para essas crianças.</p> <p>2ª: Participo dessa forma nesse manifesto na tentativa de expor minha opinião profissional referente à extrema necessidade de um médico pediatra/ neonatologista para receber recém nascidos em todos os partos sejam eles cesáreos ou vaginais</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: venho por meio deste email com indignação ao ver o artigo que coloca como não necessário a presença de pediatra na sala de parto. O pediatra é treinado para a recepção e reanimação neonatal em que a cada 100 nascidos vivos 10 necessitam de reanimação neonatal, sendo que menos de 1 por cento destes complicam, porém sem o pediatra na sala de parto mais de 30 por cento de risco de vida para o neonato. não concordo com ausência de medico pediatra na sala de parto, sendo que outras area como a enfermagem não possuem competência para tal finalidade!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Esta recomendação não está baseada nas melhores evidencias científicas disponíveis, em um trabalho de parto ou cesarea, mesmo que eletiva, aparentemente evoluindo sem complicações, subitamente pode haver risco ao feto e é necessário Médico capacitado para atender reanimação neonatal, prevenindo as consequencias de anóxia e outras doenças, com sequelas para o resto da vida.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Pediatra e Neonatologista, formada desde o ano de 1996, e neste anos já presenciei muitos atendimentos em sala de parto, nos quais muitos deles não haviam nenhum fator de risco, cesáreas eletivas, que na hora do nascimento do bebê o mesmo necessitou de reanimação neonatal por apresentar sofrimento na hora do nascimento, provando-se mais uma vez que não temos como saber se aquele parto vai ser um parto tranquilo e que tudo vai correr bem. Até o nascimento do bebê, mesmo nos partos sem fatores de risco, não temos como ter certeza de que o recém nascido não vá precisar de reanimação neonatal e as evidências atuais mostram o quanto é importante a presença do pediatra treinado para o atendimento daquele recém nascido, temos provado que os primeiros minutos de vida são fundamentais para o futuro daquele paciente, evitando que o mesmo venha apresentar injúrias irreversíveis e de fundamental importância para o desenvolvimento. Portanto eh de fundamental importância a presença do Peditra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao Recém-nascido deve ser realizada pro profissional pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, a fim de reduzir a morbimortalidade neonatal e sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: não concordo com a falta de pediatra na sala de parto. não gostaria que meu filho nascesse sem assistência médica por um pediatra, tendo risco de morte ou seqüela por falta de oxigenação na ausência de reanimação adequada. venho por meio desta contribuição com indignação a este fato.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como medica anesthesiologista, presente na sala de parto frequentemente, vivencio diariamente o trabalho do medico pediatra e sei da importancia e da aplicacao de conhecimentos tecnicos cientificos no atendimento ao RN.Participo de programa de residencia medica na minha area, e tenho contato com diversas outras areas de atuacao medica em formacao, sei da complexidade da atencao basica ao RN, ja realizei tambem curso de atendimento ao RN e dentro das infinitas possibilidades de riscos e complicacoes, faz se necessario profissional medico capacitado, atualizado que traga todo conhecimento a esta função!</p> <p>2ª: Agora como paciente, uma vez que estou no ultimo mes gestacional, é muito preocupante para uma mae futura nao poder contar com a presenca de medicos pediatras para atendiemnto do filho!</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Conforme carta já enviada da Sociedade Brasileira de Pediatria, o pediatra em sala de parto é essencial ao atendimento á gestante e ao Recem nascido, independente do tipo de parto, pois só quem sabe avaliar os riscos do parto e com relação à gestante e feto, são obstetra e pediatra!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto, INDEPENDENTMENTE se a via do parto será transvaginal ou cesárea, é FUNDAMENTAL. A Sociedade Brasileira de Pediatria tem documento orientando a assistência pelo pediatra na sala de parto, documento este embasado em estudos e revisões sistemáticas de literatura, pautados em modelos de assistência exitosos de países desenvolvidos. Não garantir a presença do pediatra na cesárea é um retrocesso; uma atitude irresponsável, com risco para o recém nascido sofrer hipoxia perinatal, com desenvolvimento de retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Minha sugestão é consultar a Sociedade Brasileira de Pediatria e os professores titulares de Pediatria das Universidades para opinarem. Obrigada. Desejo que essa consulta pública não suspenda a atenção do Pediatra na sala de parto, parto normal ou cesárea.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	1ª: A proposta de retirar o pediatra da sala de parto trará muitos riscos aos recém-nascidos, pois mesmo em partos de baixo risco há riscos de complicações para o recém-nascido, e um profissional capacitado se faz necessário nesse momento para reverter possíveis danos irreparáveis. 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: atuo há 20 anos em sala de parto e já enfrentei casos exatamente iguais aos descritos, considerados de baixo risco, e que acabaram necessitando de reanimação. E se o pediatra não estivesse em sala de parto, acabaríamos tendo a asfixia e talvez óbito ou as consequências trágicas de uma criança com encefalopatia hipóxico-isquêmica. Considero uma involução esta proposta! 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: É mm necessária a presença do PEDIATRA na sala de Cesareana.Dá mais qualidade e aumenta sobrevida dos RECEM NASCIDOS 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou neonatologista ha 30 anos e vivi e vivo o dia dia do atendimento de RN na sala de parto e sabemos que um atendimento eletivo de cesariana pode rapidamente se transformar em uma urgencia e necessitar de atendimento especializado ao RN nao simplesmente por um profissional apenas treinado em reanimação.Nossas UTI Neonatais estao lotadas desses casos que receberam apenas a assistencia desses profissionais treinados.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho de extrema importância a presença do pediatra em sala de parto, pois em muitas gestações de baixo risco, bebês a termo precisa da intervenção de um profissional qualificado para tal.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho essa medida um retrocesso no processo de ganhos na assistência ao RN. Onde fica o "Minuto ouro" na prevenção de sequelas futuras, de morbidade e mortalidade, no RN ?</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Médica Pediatra e trabalho em Maternidade de alto risco ( CISAM)há 9 anos. Parto cesareano não-urgente, recém-nascido a termo e ausência de sofrimento fetal não são indicadores precisos de que o recém-nascido não vá precisar de assistência neonatal por profissional habilitado , que tenha feito cursos de capacitação e esteja tecnicamente treinado para atuar frente a uma possível e imprevisível necessidade de uma reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra é indispensável na sala de parto, garantido assistência adequada, até mesmo para o parto de um RN com pré natal adequado e a termo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra tem muita importancia na sala de parto, pois e o profissinal que tem formacao no atendimento de qualquer crianca. Sabemos que tanto o parto normal quanto a cesarea estao sujeitos a intercorrencias, sendo impressindivel sua presenca, para se evitar danos cerebrais e cardiorespiratorio no recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: Pela necessidade do pediatra (neonatologista) na sala de parto! 2ª: -	
13/05/2015	Instituição de saúde	1ª: O pediatra deve estar como já comprovado cientificamente de todas as reanimações independente da via de parto 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: A presença do pediatra em sala de parto é fundamental para diminuir a morbi-mortalidade neonatal em nosso país. Não concordo com sua ausência! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Incontáveis vezes nos deparamos com complicações diversas do recém nascido em salas de parto mesmo sem nenhum dado sugestivo anterior. Lutamos muito para que a assistência ao RN ao nascer fosse segura e efetiva. De quem é a ideia absurda de dispensar o cuidado médico neste momento? Provavelmente não tem filhos.....</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista sabemos que a sala de parto, por mais tranquilo que o pré-natal seja, é sempre uma caixinha de surpresa. Mesmo RNs termos podem entrar em sofrimento fetal durante o período de expulsão e nascer asfíxiado, com necessidade de intervenção médica imediata, por isso é um risco para a criança nascer sem a presença de um pediatra ou neonatologista em sala.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: sou médica pediatra responsável pelo Alojamento Conjunto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: No Brasil, em muitos Serviços de Assistência à Saúde, sabe-se que, justamente pela falta de pediatra na Sala de Parto, muitos recém-nascidos desenvolvem diversas situações que evoluem para complicações ou mesmo óbito, apesar de advirem de gestação aparentemente normal e nascerem ao termo gestacional. Mesmo nos chamados grandes centros, nosso país claramente ainda carece muito de suporte estrutural - seja de profissionais ou de equipamentos, para dispensar a presença de pediatra na sala de parto. Por isso, como pediatra, há mais de vinte anos e, inclusive já tendo trabalhado em Maternidade de Serviço Público por mais de cinco anos, manifesto aqui ser frontalmente contra a falta de assistência médica pediátrica a recém-nascidos, independente de suas condições gestacionais e de parto. É DIREITO dele ter sua assistência assegurada e DEVER dos Serviços de Assistência à Saúde cumprí-las.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo em parturientes de baixo risco e a demora ou manobras feitas de maneira errada pode aumentar a morbimortalidade dos Rns. Logo, o profissional mais capacitado que temos no Brasil para realizar a sala de parto é o pediatra e / ou neonatologista</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A PRIMEIRA ASSISTÊNCIA AO RN TEM REPERCUSSÃO PARA TODA A VIDA DESTE SER , PORTANDO O PEDIATRA COM SUA GRADE CURRICULAR E RECICLAGEM FREQUENTE É O PROFISSIONAL CAPACITADO PARA ESTE FIM</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: gestantes por mais bem acompanhadas, por mais que não tenham nenhuma intercorrença, têm a chance de 10 % do RNvir a precisar de alguma tipo de assistência por desconforto respiratório, apnéia, depressão ao nascimento dentre outros.se não tiver o pediatra para intervenção adequada com equipe e equipamentos adequados no centro cirurgico para intervir no momento pode levar a agravamento do quadro do RN, independente dele ter nascido de cesarea ou parto normal. estes dizeres de que não é necessário o pediatra no centro cirurgico vai contra o ensinamento medico e dos livros que consideram a cesarea sempre como fator de risco para o RN.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou TOTALMENTE CONTRA a ausência de pediatra na salas de parto. Cada bebê é unico para cada familia e será mais um cidadão brasileiro a crescer e aumentar as forças de trabalho e estudos de cada país e mais um cidadão do mundo. Cada mãe e c ada pai deseja um filho saudável. O Brasil precisa de jovens saudáveis que serão bons profissionais e cidadãos que exercerão diferentes profissões. Sabe-se que que quando um bebê nasce o pediatra tem 1 minuto para oferecer a ele as melhores condições de oxigenação cerebral ,restituir batimerntos cardíacos.Esse é o chamado MINUTO DE OURO ( GOLDEN MINUTE- ACEITO PELAS SOCIEDADES DE PEDIATRIA INTERNACIONALMENTE) isso ocorre em uma reanimação adequada, com profissionais adequados, treinados especificamente para assitir esa faixa etária e inclusive nessas situações. Situaçõe s que podem ocorrer em qualquer cesárea de baixo risco, por N variáveis. Depois que deixar de ser legalmente necessário, quem irá torná-los presentes no minuto de ouro em que houver complicação súbita?Sou totalmente contra a ausencia de pediatra, por qualquer motivo ,em sala de parto. o pediatra é estritamente necessário.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O pre Natal, uma boa assistência obstétrica e um neonatologista na sala de parto, é essencial para garantir o bem estar do recém nascido. Um neonatologista é treinado para agir rapidamente em casos de bebês que nascem não vigorosos e garantir que esse bebê possa estar no colo de sua mãe o mais</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: No momento do parto, a mãe e o bebê devem receber o atendimento adequado, amparados por uma equipe médica formada por um obstetra, um anestesista e um pediatra. O pediatra dará os primeiros cuidados ao recém-nascido, intervindo nas situações emergenciais e garantindo um nascimento sem complicações para o bebê. Para isso, ele deverá estar informado sobre a saúde da mãe, a evolução da gravidez e suas possíveis complicações. O que nos leva a entender que além de sua importância durante e após o parto, é indispensável um pediatra durante a gestação. Não permitir o desmerecimento destes profissionais é dever nosso. É reconhecer que estes possuem a habilidade de perceber que a criança não é um grupo de órgãos e sim um organismo vivo, complexo e que sua individualidade é fortemente estabelecida. Isso vai refletir em todas as suas ações e reações.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que a cesariana não deve ser indicada de rotina e sim quando houver necessidade, deve existir no entanto o respeito à decisão da mulher quando opta por tal parto, desde que ele ocorra entre 39-41 semanas para diminuir impactos respiratórios ao recém nascido. As maternidades devem se preparar para maior número de salas de parto, maior número de anestesistas, cardiotocógrafos e prever menor rotatividade destes leitos, calculando no entanto que sua estadia será mais curta (1 dia na média). Os planos de saúde devem remunerar o profissional médico (ou reembolsar o cliente) de forma bem diferenciada quando acompanha parto normal, pagamento por hora e pelo procedimento. Acredito que o médico deve receber de forma particular e o cliente busca frente ao plano de saúde reembolso correspondente. Os que assim não desejarem tem opção de fazer parto com médicos de plantão no hospital. Deve-se estimular os médicos a fazerem cesariana menos invasiva segundo técnica descrita e extraída do site do Dr Thomaz Gallop O método foi criado em Israel pelo Dr. Michael Stark. A ideia é traumatizar o mínimo possível os sete tecidos abdominais que precisam ser abertos antes da retirada do bebê. A abertura do abdome é feita de um jeito bem menos agressivo: 1. O médico corta a pele e o tecido subcutâneo — a gordura — da mesma forma que na cirurgia convencional. 2. Depois corta a aponevrose, uma capa que recobre os músculos. Aqui surge a grande diferença: no método tradicional, ela é descolada dos músculos até o umbigo, lesando nervos e vasos. Na nova técnica isso não acontece. 3. Outra mudança importante: os músculos são separados com a mão, em vez de cortados. 4. O peritônio parietal (aquele que reveste a parede abdominal internamente) é aberto no sentido transversal e não no longitudinal evitando-se lesões da bexiga. Por sua vez a bexiga não é descolada do útero. 5. Por fim, abre a parede do útero e o bebê é retirado. 6. No lugar das sete camadas que eram suturadas antigamente suturamos apenas quatro: útero, aponevrose, subcutâneo e pele. Isto significa menos dor pós-operatória, menor tempo cirúrgico, diminuição de custos, recuperação mais rápida e menor necessidade de analgésicos. Essa é minha contribuição. Obrigado</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A ausência do pediatra treinado em sala de parto aumenta o número de hipoxiados aumentando morbimortalidade dos RNs.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Pediatra formada pela Faculdade de Medicina da USP, atualmente residente de Neonatologia pela mesma instituição e acredito ser uma medida incompatível com a vida a ausência de um pediatra habilitado na sala de parto. É de conhecimento amplo a necessidade de atendimento eficaz no primeiro minuto de vida para todos os recém nascidos que não apresentem choro ou FC &gt;100 bpm. Não há tempo hábil para que esse atendimento seja feito se o pediatra não estiver presente na hora do nascimento. E não há como prever qual RN irá precisar deste cuidado especializado. Gostaria ainda de salientar a precariedade do pré natal realizado em muitos locais públicos, onde muitas vezes não sabemos a idade gestacional, se houveram complicações na gestação, se há patologias maternas prévias, ficando assim muito difícil, diversas vezes, determinar se é ou não um parto de baixo risco. Aproveito para citar parte do texto que está disponível no site da Sociedade Brasileira de Pediatria: "Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo."Atenciosamente,</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Dados mundiais mostram que 10% dos RN necessitam de alguma intervenção para iniciar respiração após nascimento, e pelo menos 1% necessitam de manobras de reanimação incluindo intubação, compressões torácicas e drogas. Muitos destes casos podem ser antecipados por anamnese bem feita, avaliando fatores de risco, porém muitos partos de baixo risco complicam e o resultado são neonatos deprimidos. Os primeiros 60 segundos de vida são cruciais para garantir a melhor recuperação da criança, e isso torna imprescindível presença de profissional treinado para realizar todas as manobras de reanimação neonatal. A mortalidade Neonatal reduziu muito após implantação do programa de reanimação Neonatal. Seria um retrocesso dispensar tal capacitação na admissão do RN.</p> <p><a href="http://m.pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400.full">http://m.pediatrics.aappublications.org/content/126/5/e1400.full</a></p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo isso. Já entrei em várias cesáreas de baixo risco que foi necessário reanimação neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Todo o recém nascido tem o direito de receber a melhor assistência em sala de parto com o pediatra ou neonatologista. Não tem como prever se a criança vai nascer bem ou não. Isso não é estatística é vida humana se justamente aquele que não nascer bem pode ser o seu filho sem a assistência de um profissional capacitado. Não entendo como isso é colocado em pauta. Gostaria de saber se os filhos dos políticos irão nascer sem um pediatra e porquê os filhos do sus podem nascer.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O parto Cesário só se aplicaria nos casos onde não é possível (por contra-indicação médica cientificamente comprovada) a realização do parto transpelveano.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com a ausência do pediatra na sala de parto. É um retrocesso, perder o que foi conquistado ao longo dos anos. Mesmo em um parto aparentemente sem risco , o RN pode apresentar intercorrência e o fator tempo é crucial. Não dá para esperar a ajuda de alguém especializado chegar.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Não sendo uma gestação de alto risco não tem o porque ser hospitalar.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Não concordo com as novas orientações sobre a falta de necessidade do pediatra nos demais tipos de parto que não tem os discriminados.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Com base as considerações da ABENFO/ Nacional, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014 CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS e considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Empresa	<p>1ª: Tema: Termo de ConsentimentoEste documento terá como objetivo, deixar a paciente ciente dos riscos do procedimento cirúrgico, mostrando as opções de tratamento para a paciente.Sugestão: Que a entrega deste documento seja realizado pelo médico assistente, vinculando ao pedido médico, pois já justificaria a realização do procedimento cirúrgico.</p> <p>2ª: Tema: Acretismo placentárioNo documento apresentado pelo Conitec, é recomendada a presença de dois médicos obstetras, para o procedimento. Sugestão: Criar um código TUSS que contempla os dois profissionais obstetras, pois conforme a Instrução Normativa nº 40/DIDES é vedado a exigência do CID, por parte da operadora de planos privados, sobre quaisquer circunstância.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou pediatra há 25 anos e instrutora de reanimação neonatal,percebo ao longo destes anos a qualidade de assistência melhorada na sala de parto e o efeito de treinamentos deste porte para diminuição das sequelas e mortalidade secundárias a uma assistência em sala de parto incorreta. Treino e percebo a contribuição das enfermeiras treinadas e capacitadas em reanimação, porém com limites bem precisos. Não estão capacitadas para intubação ou utilização de medicamentos que quando se fazem necessários tem que ser administrados de imediato. Penso que a ausência na sala de parto de um profissional pediatra treinado e capacitado para exercer todos os passos da reanimação neonatal é de importância fundamental para continuarmos na luta para diminuir a mortalidade neonatal. A ausência deste profissional poderá significar um retrocesso a assistência , sequelas indesejadas e mortalidade aumentada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Inadmissível considerar que uma cesariana possa ocorrer sem a presença de um neonatologista na sala de parto. O que é uma pessoa treinada em reanimação neonatal?</p> <p>2ª: O consentimento informado deve ser firmado para a opção de parto vaginal também.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: discordo qto não ser necessário a presença do ´pediatra na sala de parto da cesareana de baixo risco. Muitos problemas podem acometer um RN no momento do parto, perdendo-se a principal oportunidade de reversibilidade (minuto de ouro), retardando o inicio da reanimação pelo profissional mais capacitado, que é o pediatra. Vale registrar que na minha experiencia de 25 anos atendo exclusivamente o SUS, o pré natal oferecido pela rede básica é de péssima qualidade, e não identifica as gestantes de risco, de forma minimamente necessária. A obrigatoriedade do pediatra na sala de parto e o programa brasileiro de reanimação neonatal, são os principais marcos da melhora a assistencia aos recém nascidos,</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Y</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Referente à Portaria SAS/ MS 731 / 2014. A presença do pediatra em TODAS as salas de parto é conduta reconhecida mundialmente como importante fator de redução de morbi-mortalidade infantil. Não há como prever com certeza qual recém-nascido precisará de reanimação. É cientificamente comprovado que a intervenção por profissional capacitado no primeiro minuto de vida é fundamenta para reduzir a mortalidade neonatal precoce e os danos neurológicos. Não é aceitável restringir a exigência da presença de um pediatra apenas quando a gestação for de risco.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É DE GRANDE IMPORTÂNCIA A PRESENÇA DE PEDIATRA EM SALA DE PARTO MESMO EM PARTO CESARIANA DE TERMO PORQUE A DEMORA NA REANIMAÇÃO OU MANOBRAS INADEQUADAS PODE TRAZER O ÓBITO OU SEQUELAS NEUROLÓGICAS IRREVERSÍVEIS. POIS MESMO SEM FATORES DE RISCO, PODEM OCORRER INTERCORRÊNCIAS NO PARTO E SER NECESSÁRIO VPP QUE PODE PROSSEGUIR PARA INTUBAÇÃO ,ASSIM SOMENTE O PEDIATRA SERÁ POSSIVEL FAZER</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Trabalho ha 30 anos no serviço publico federal e estadual. Fiz residencia em Neonatologia na Maternidade Vila Nova Cachoeirinha-SP, pertenço ao Departamento de Neonatologia da SPSP desde 1986 e a Diretoria da SBP desde 2011.Fiz parte da primeira turma de Instrutores de Reanimação Neonatal da SPSP sendo o numero 17 a ser credenciadoFui responsavel pelo projeto arquitetônico e instalação da UTI Neonatal de Lins e fui coordenador desta UTI Neo desde 1995Trabalho num Nucleo de Especialidade Medica do SUS em Lins, no Programa Saude da criança com equipe interdisciplinar desde 1993, onde atendemos crianças com distúrbios de comportamento e aprendizadoAntes da obrigatoriedade da presença de um pediatra na sala de parto,nossa equipe da UTI Neonatal de Lins fazia atendimento gratuito na sala de parto de todos os RNs. Não há como questionar a importancia do pediatra na sala de parto. Até prova em contrario, TODO parto é considerado de nrisco patra o RN, se não houver uma pessoa capacitada na reanimação neonatal. Não dá para se conceber uma atenção ao bebê que comece depois do nascimento. Excluir a obrigatoriedade do pediatra na sala de parto trara consequencias extremamente graves para a população, uma vez que o risco de problemas no desenvolvimento nuero-psico-motor amuntara muito nets população sem atenção na sala de parto e no periodo neonatal</p> <p>2ª: Trabalhamos gratuitamente neste tipo de atenção aos recém nascidos por muitos anos. A obrigação da manutenção deta atenção deve ser do governo federal e não depender de autrismo da classe médicaA SBP e a literatura MUNDIAL tem todos os trabalhos científicos necessarios para provar a importancia deste apelo</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Está escrito no manual que não é necessário presença de pediatra nas salas de partos de cesarianas com bebês termos e sem anestesia geral, e quando há sofrimento fetal ou anestesia geral, presença de qualquer profissional treinado em reanimação neonatal. Porém também está presente que os estudos apresentados para confirmar essa diretriz são fracos, com número de pacientes baixos, tendo assim pouca confiabilidade para afirmação acima. Quando o recém-nascido precisar de ontibação orotraqueal em sala de parto, principalmente aqueles bebês com sofrimento fetal que podem nascer asfixiados e sem drive respiratório, quem o fará? Um enfermeiro ou outro profissional treinado em reanimação neonatal que não está apto a exercer esta finção? As pessoas mais bem treinadas e que tanto estudam para estar neste ambiente de trabalho serão retiradas para que outros profissionais não totalmente capacitados façam esta função, o que na minha opinião significa um retrocesso no cuidado e assistência neonatal que por anos vem reduzindo as taxas de mortalidade e morbidade infantil.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Fundamentar a segurança de VBAC domiciliar para gestantes de baixo risco, com base em evidências científicas.A razão para se recomendar o VBAC domiciliar com equipe adequada é que essa mulher terá uma assistência única e contínua com profissionais a postos somente com ela, o que possibilita a detecção precoce de alterações.A ocorrência de ruptura uterina, principal motivo para não se indicar um VBAC com cesárea anterior é baixa de acordo com o estudo anexo</p> <p>2ª: Demonstar com dados científicos que a VCE(versão cefálica ezterna) é segura após 37 semanas.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Penso que o Governo deva trabalhar para orientar e estruturar a prática obstétrica da forma mais natural e saudável para a saúde da mulher e do bebê, distanciando-se de abordagens intervencionistas e tecnocratas. As diretrizes do governo para a cesariana praticamente extinguem o parto pélvico vaginal, coíbem a tentativa de parto normal após cesárea em casa ecoíbem versão cefálica externa após 36 semanas.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contra a retirada do pediatra na sala de parto em cesarianas sem comorbidades. Mesmo em partos programados existe uma porcentagem de recém nascidos que precisam de reanimação. Caso a criança nasça sem a presença de um pediatra em sala e precisar de cuidados o tempo perdido ate a chegada do socorro poderá trazer sequelas graves ao recém nascido e ate a morte.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença do Pedatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho imprescindível o acompanhamento do médico pediatra na hora do nascimento pois fará toda diferença em casos de complicações neonatais que perfazem 10% do total de partos que deveriam não apresentarem complicações.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho em uma maternidade de médio risco em Curitiba, a maioria dos partos são normais, mais algumas vezes temos cesáreas iterativas, de gestações a termo, sem sinais de sofrimento fetal e sem anestesia geral e mesmo assim algumas vezes precisamos reanimar recém-nascidos. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Devemos sempre pensar nos casos de óbito ou sequelas que poderíamos evitar se todo recém nascido tivesse um pediatra na sala de parto para evitar isso. Mesmo sem fatores de risco, nem sempre os bebês irão nascer bem.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O capítulo 5 das Diretrizes de Atenção à Gestante é um DESSERVIÇO à sociedade. Existe "pouca evidencia científica" de que o pediatra é importante na sala de parto porque isso é uma premissa básica da saúde da criança e uma coisa tão óbvia que é impensável o que a diretriz recomenda. Mas se for por falta de literatura: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Simplesmente lamentável a possibilidade de retirar o pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: atuo como pediatra há 20 anos, tanto em maternidades públicas como privadas, com experiência em reanimação neonatal. Sempre nos deparamos com situações emergenciais, mesmo em consideradas de baixo risco, o que apenas confirma que a presença de profissional qualificado, bem como de treinamento adequado garante um bom atendimento aos recém nascidos. Cerca de 1 em cada 10 recém nascidos necessita de auxílio para começar a respirar, e demora no atendimento aumenta riscos de sequelas bem como dificulta e respostas da criança. Vivenciamos na prática o que já está documentado em artigos científicos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há evidências clínicas que certifiquem o nascimento de um recém nascido com ZERO risco de complicação e conseqüente ausência de necessidade de profissional habilitado em reanimação neonatal em todas as salas de parto, em cada nascimento. Sendo assim acredito ser importante se manter pediatra capacitado em reanimação neonatal em todas as salas de parto, principalmente se ocorrerem em ambiente hospitalar, dentro de um centro cirurgico.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Empresa	<p>1ª: A presença do pediatra na hora do nascimento é imprescindível pois nunca se sabe quando a complicação irá ocorrer fazendo toda diferença a intervenção médico.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Empresa	<p>1ª: Acho que a presença do médico na hora do nascimento é imprescindível, pois estatisticamente 10% dos nascimentos podem apresentar alterações na hora do nascimento e necessitam algum tipo de intervenção.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Empresa	<p>1ª: Acho necessária a presença do médico na hora do nascimento devido ao número de complicações não esperadas ocorridas na hora do nascimento e a presença do médico pediatra com certeza fará toda a diferença.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É necessária a presença do pediatra em sala de parto, para garantir a segurança à vida do bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Já está mais que comprovado que o pediatra é muito importante na sala de parto, independente se o nascimento for de alto ou baixo risco. Uma das principais metas do sistema nacional de saúde sempre foi reduzir a mortalidade infantil. Logo agora que as maternidades estão mais organizadas com o profissional pediatra no plantão, por que excluí-lo do atendimento? Esse ponto é um retrocesso a olhos vistos, fico pensando qual seria o interesse por trás disso? Apenas financeiro? Afff</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra com 15 anos de profissão posso afirmar ser temerário este posicionamento pois somente um pediatra habilitado pode proceder as manobras de reanimação em tempo hábil para prevenir lesão cerebral irreversível causada por uma intercorrencia inesperada na hora do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: No que tange ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana)." a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal."</p> <p>2ª: No que tange ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana)." a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal."</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de contribuir com experiência profissional. Como pediatra e neonatologista posso dizer que já vi alguns casos de complicações, como asfixia no recém-nascido, em cesáreas eletivas, mesmo sem nenhum fator de risco durante o pré-natal. É essencial que o atendimento do recém-nascido, em qualquer ocasião, seja feita por um pediatra e/ou neonatologista, que é o profissional mais habilitado a reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta&amp;#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É extremamente fundamental o pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É inadimicível o retrocesso da medicina de negar ao recém nascido o direito ao pediatra nas salas de parto. Os primeiros 5 minutos de vida do RN são essenciais para evitar a mortalidade e grande morbidade do mesmo. Esta atitude nos remete a medicina rudimentar, época em que o RN sobrevivia muitas vezes por pura sorte. Com a chegada da neonatologia e da lei da qual da direito ao RN do pediatra nas salas de partos salva até hoje e evita doenças com sequelas grandes.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: A favor da obrigatoriedade de pediatra na sala de parto 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Assistencia de pediatra em sala de parto é indispensavel. Mesmo o parto de Mais baixo risco pode complicar, e o pediatra é o profissional habilitado para minimizar os danos ao recém nascido 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: sou pediatra e não concorda com a retirada do pediatra em salas de parto de baixo risco.trabalhamos p/ diminuir morbimortalidade em recém nascidos e sabemos os nossos tempos são apenas segundos e minutos, não é possível aguardar a complicação para iniciar os procedimentos de reanimação, trata-se de tempo precioso de risco de hipoxia cerebral. Jamais deve-se retroceder neste avanço conquistado com tantos conhecimentos adquiridos. 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: Isso é um absurdo depois de uma conquista do pediatra na sala de parto,será que os filhos dos governantes vão nascer sem pediatra na sala de parto? 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Alerta. Pesquisa da UFMG mostrou que um terço dos bebês nascidos em Belo Horizonte tem alguma complicação, como baixo peso e problemas respiratórios. Os dados se basearam em 1.088 partos realizados entre 2011 e 2013. Em 19,1% deles, foi necessária a reanimação da criança. Em 12%, o uso de oxigênio e, em 7,1%, a internação em uma UTI.Mais dados. Ainda segundo o levantamento da pesquisadora Juliana Pereira, cesáreas elevam em 2,5 vezes o risco de complicação. O fato de a gestante ter dado à luz filho prematuro anteriormente eleva em 2,8 vezes o risco de nova prematuridade. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O papel do pediatra na hora de parto é muito importante, pois esses profissionais estudam justamente para o primeiro momento de vida do RN, e de que forma pode aparar esses bebês. Então estou totalmente contra a retirada desse profissional no momento do parto porque eles que sabem a forma adequada de retirar os RNs. Deixem os pediatras exercerem a sua função.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Sou a contra a retirada do pediatra da sala de parto, uma vez que a legislação brasileira nao permite que as enfermeiras ventilem de maneira adequada o RN que depende de assistencia, e comprovadamente isso é essencial na sobrevida do paciente. Lembrar que para a mae que perde um bebe, a estatistica dela é 100%. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: São Paulo, 13 de maio de 2015.À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde, Em relação ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), Diretrizes sobre a Cesariana, no questionamento “Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?” (página 62), segue a contribuição abaixo.Diante dos objetivos do documento em consulta pública e da Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde:- Objetivos do documento em consulta pública: “tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (página 19);- Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º). O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas.A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal.•Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989).•Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4.9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995).•Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob &amp; Pfenninger, 1997).•Na Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &amp;#8805;37 semanas e peso ao nascer &amp;#8805;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior do procedimento nos nascidos via</p>	

cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998). • Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000). • Em Sydney (Austrália), coorte hospitalar avaliada entre 1990 e 2002 com 3.119 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.547 partos vaginais, ambos em gestações únicas de conceptos a termo sem sofrimento fetal, houve necessidade de reanimação em 7,8% dos nascidos por cesárea vs. 4,2% dos nascidos por parto vaginal. A reanimação com intubação e/ou massagem cardíaca foi necessária, respectivamente, em 0,3% e 0,2%. O Apgar de primeiro minuto de 0-5 foi similar para ambos os grupos (Gordon et al, 2005). • Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &#8805;37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006). • Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidos de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). • Em Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de

complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood & Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf>). Referências: Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? *J Paediatr Child Health.* 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. *Resuscitation.* 2012;83:869-73. Gordon A, McKechnie EJ, Jeffery H. Pediatric presence at cesarean section: justified or not? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:599-605. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? *Obstet Gynecol.* 1997;89:217-20. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation.* 2010;122 (18 Suppl 3):S909-19. Kattwinkel J. *Textbook of neonatal resuscitation.* 6th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics/American Heart Association; 2011. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. *Anesth Analg.* 1989;68:270-5. Ozlu F, Yapıcı H, Ulu B, Buyukkurt S, Unlugenc H. Do all deliveries with elective caesarean section need paediatrician attendance? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25:2766-8. Parsons SJ, Sonneveld S, Nolan T. Is a paediatrician needed at all caesarean sections? *J Paediatr Child Health.* 1998;34:241-4. Posen R, Friedlich P, Chan L, Miller D. Relationship between fetal monitoring and resuscitative needs: fetal distress versus routine cesarean deliveries. *J*



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
--------------	-----------------	---------------------------	------------

Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.Wood FE, Morley CJ. Face mask ventilation--the dos and don`ts. Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51.Maria Fernanda B de Almeida e Ruth GuinsburgCoordenação do Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de PediatriaE-mail: reanimacao@sbp.com.br

2ª: -

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: São Paulo, 13 de maio de 2015.À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde, Em relação ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), Diretrizes sobre a Cesariana, no questionamento “Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?” (página 62), segue a contribuição abaixo. Diante dos objetivos do documento em consulta pública e da Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde:- Objetivos do documento em consulta pública: “tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (página 19);- Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º). O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. •Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989). •Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4.9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995). •Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob &amp; Pfenninger, 1997). •Na Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &amp;#8805;37 semanas e peso ao nascer &amp;#8805;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior do procedimento nos nascidos via</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998). • Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000). • Em Sydney (Austrália), coorte hospitalar avaliada entre 1990 e 2002 com 3.119 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.547 partos vaginais, ambos em gestações únicas de conceptos a termo sem sofrimento fetal, houve necessidade de reanimação em 7,8% dos nascidos por cesárea vs. 4,2% dos nascidos por parto vaginal. A reanimação com intubação e/ou massagem cardíaca foi necessária, respectivamente, em 0,3% e 0,2%. O Apgar de primeiro minuto de 0-5 foi similar para ambos os grupos (Gordon et al, 2005). • Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &#8805;37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006). • Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidos de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). • Em Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de

complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood & Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf>). Referências: Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83:869-73. Gordon A, McKechnie EJ, Jeffery H. Pediatric presence at cesarean section: justified or not? Am J Obstet Gynecol. 2005;193:599-605. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstet Gynecol. 1997;89:217-20. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010;122 (18 Suppl 3):S909-19. Kattwinkel J. Textbook of neonatal resuscitation. 6th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics/American Heart Association; 2011. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. Anesth Analg. 1989;68:270-5. Ozlu F, Yapıcı H, Ulu B, Buyukkurt S, Unlugenc H. Do all deliveries with elective caesarean section need paediatrician attendance? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25:2766-8. Parsons SJ, Sonneveld S, Nolan T. Is a paediatrician needed at all caesarean sections? J Paediatr Child Health. 1998;34:241-4. Posen R, Friedlich P, Chan L, Miller D. Relationship between fetal monitoring and resuscitative needs: fetal distress versus routine cesarean deliveries. J

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.Wood FE, Morley CJ. Face mask ventilation--the dos and don`ts. Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51.Maria Fernanda B de Almeida e Ruth GuinsburgCoordenação do Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de PediatriaE-mail: reanimacao@sbp.com.br</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é um profissional essencial na sala de parto, trabalhando em equipe com o obstetra para garantir a melhor assistência ao recém nascido. O nascimento é um momento crucial e mesmo em gestações e partos de baixo risco podemos encontrar situações inesperadas, que precisam suporte rápido e eficiente, que só um profissional especializado poderia oferecer, como muitos estudos comprovam. A assistência neonatal progrediu muito nos últimos anos e não podemos voltar atrás com uma medida como essa.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Eu como médico, pediatra, neonatologista e cidadão acho um absurdo se cogitar a ausência de um médico pediatra em sala de parto , repsonsável pela reanimação neonatal. Já presenciei inúmeros parto cesareanos, ditos de baixo risco, complicarem e os bebês necessitarem de reanimação adequada, comandada por médico especialista. A alegria, a satisfação da família quando uma reanimação é bem sucedida não têm preço e a privação, por parte dos governantes, da saúde física e mental de uma geração inteira de crianças me fizeram na obrigação de lutar contra este absurdo. O médico pediatra é necessário sim em todos os tipos de partos!!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: 1 em cada 10 recém nascidos necessitam de ressuscitação para iniciar os movimentos respiratorios ao nascimento. Essa necessidade é maior nos partos cesareos, que são realizadas dentro de hospitais. Portanto não há motivo para prescindir do pediatra lotado na instituição. A sua chegada em atraso constitui agravo significativo, piorando a cada 30 segundos de atraso.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: manifestação de apoio à presença do pediatra/neonatologista em todos os partos, sejam normais ou cesáreas, de alto ou baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A hora do nascimento é sempre uma surpresa. Mesmo estando tudo aparentemente bem, pode ocorrer necessidade de reanimação neonatal por pediatra treinado, para evitar sequelas futuras.É um direito do recém-nascido ser assistido por um pediatra em sala de parto, independente da via de parto.Questiono ainda= se esta tudo bem com mãe e feto, por que uma cesária :Deve-se estimular o parto vaginal, que é o natural.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de um pediatra adequadamente treinado em reanimação neonatal em sala de parto, independente da via de parto (vaginal ou cesariana) e dos riscos para a mãe e/ou feto. A real condição do recém-nascido só poderá ser avaliada após o nascimento do mesmo. A avaliação pré-natal com ou sem sofrimento fetal não afasta o risco do recém-nascido apresentar intercorrências graves ao nascimento. Tais intercorrências só poderão ser adequadamente conduzidas por profissional extremamente qualificado, no caso o pediatra treinado pra tais procedimentos.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana). Discordo da orientação presente nas páginas 62 e 63, onde considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Assim como toda a classe médica e principalmente a Sociedade Brasileira de Pediatria, solicito que em todo parto deve estar presente um pediatra apto para realizar a reanimação neonatal se necessário. Mesmo em gestações de baixo risco, há a necessidade de reanimação neonatal. O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: posso entrevistar as parturientes do hospital municipal de Bertogoa.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Ministério da Saúde já reconhece a importância da presença do pediatra / neonatologista na sala de parto através da portaria 031/SAS-MS, que assim determina: “O atendimento na sala de parto consiste na assistência ao recém-nascido pelo neonatologista ou pediatra, até que o recém-nato seja entregue aos cuidados da equipe multiprofissional do berçário/alojamento conjunto”; dando assim às crianças do SUS o mesmo direito de ser atendida por profissional habilitado em todos os passos da reanimação em sala de parto, quando necessário, da mesma forma que recém nascidos de convênios e particulares. Sendo assim, será oferecido às crianças, sem distinção de raça, cor ou condição social, absoluta prioridade á saúde conforme o preconizado pela Constituição e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): "É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Considerando as evidências científicas, e de acordo com a Nota Técnica 16/2014, nos casos descritos não é necessário a presença do pediatra no momento do parto. O Enfermeiro com especialidade em neonatologia/obstetricia pode assistir ao RN nestas condições, garantindo a qualidade da assistência.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é fundamental ao atendimento inicial do recém-nato na sala de parto, visto que evidências científicas há muito tempo corroboradas indicam que o atraso no início das manobras de reanimação aumenta a morbi-mortalidade em 16% a cada 30 segundos de atraso. Portanto, a falta de assistência adequada, por profissional qualificado, nos primeiros segundos de vida acarreta não só risco de vida para o recém-nato, mas também pode gerar, num futuro próximo, o aumento acentuado do número de crianças e, conseqüentemente, de adolescentes e adultos com sequelas neurocognitivas, auditivas, visuais e psíquicas, acarretando inúmeros problemas socio-emocionais para a família daquele paciente afetado, além de gerar custos extremamente elevados para toda a sociedade (custos com internação hospitalar, fisioterapia e fonoaudiologia, além dos custos com o tratamento medicamentoso e surgimento de uma geração de indivíduos inaptos ao trabalho produtivo). As estatísticas mostram que a necessidade de reanimação numa cesárea dita não urgente é 42% maior do que num parto vaginal não instrumental de um recém-nato a termo. E que pode haver necessidade de reanimação tanto numa cesárea considerada não urgente quanto num parto vaginal não instrumental, e que quando se considera o indivíduo e sua família ao invés de se considerar apenas a população como um todo, chega-se à conclusão de que cada centavo gasto na reanimação é válido, na medida em que se evita consequências desastrosas para uma dada família e, conseqüentemente, para toda a sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Defendo a permanência do PEDIATRA na sala de parto, pois é um profissional competente, preparado através de cursos de reanimação neonatal e outras capacitações afins.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A cesariana destitui a mulher de seu protagonismo durante o parto. O empoderamento só ocorre quando a mulher é capaz e decidir o que acontece com seu corpo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero um desrespeito a saúde da população brasileira , a dispensa do pediatra na sala de parto mesmo nas cesareas de baixo risco, não a evidências científicas para tal conduta.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra é fundamental na sala de parto. No parto sem intercorrências nossa presença funciona como retaguarda. No caso de intercorrências a vida do RN depende de intervenções médicas e precisas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Como pediatra percebo que o parto é algo dinâmico e muitas vezes encontramos situações de gravidade inesperadas. Mesmo em cesarianas eletivas ou mesmo partos vaginais de baixo risco o RN pode nascer necessitando de uma assistência mais especializada e treinada para manobras de reanimação efetivas de alta ou baixa complexidade. A realização de ventilação com ambú, ou mesmo a necessidade de expansão ou adrenalina no tubo ou mesmo um cateterismo umbilical de emergência necessita de mãos treinadas e muitas vezes de mais de um pediatra para que o recém nascido receba toda a assistência no tempo e forma adequadas. O pediatra é o melhor profissional para essa primeira avaliação e também para a detecção de qualquer tipo de mal formação. O pediatra é o profissional com a melhor capacidade de avaliar a vitalidade e acompanhar o nascimento, pois nele definimos o futuro das crianças, já que uma reanimação mal realizada ou avaliação errônea pode levar a quadros graves de asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A recomendação de Pediatra na sala de parto somente em gestação de risco não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Como aceitar que a cesariana, uma cirurgia com maior risco para a gestante e também para o bebê seja simplesmente feita a pedido. O protocolo onde se basearam que é o inglês NICE, coloca que a gestante deve ser orientada sobre os maiores riscos desta cirurgia quando em comparação ao parto normal. Num país como o Brasil onde a cesárea atinge recordes nefastos e onde a morte materna é uma triste realidade não devemos incentivar a cesárea.</p> <p>2ª: Sobre atendimento domiciliar ao parto vaginal após uma cesárea - Com a formação de profissionais adequados e capacitados, estudos americanos mostram que o risco para um parto normal após a cesárea é comparável ao parto normal sem cesárea anterior, desta forma a gestante deve ser assegurada quando com um acompanhamento adequado de que pode escolher o local para o nascimento de seu bebê, desde que seja gestação de baixo risco onde o VBAC se encaixa sem outros comemorativos. Também adiciono como não posso outra contribuição de que atendimento de pediatra em sala de parto através do programa de reanimação neonatal tem garantido que muitos bebês sejam atendidos de forma adequada.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com essa medida devido ao grande risco dos RN não receberem uma adequada assistência médica ao nascimento e podem ter graves sequelas pelo resto da vida. O pediatra/neonatalogista é o profissional treinado e com experiência para assistência ao RN em sala de parto, não devendo ser substituído por outro profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho importante que as mulheres possam ter poder de escolha da sua via de parto e não obrigadas pelo convênio/seguro saúde a uma única forma de parto. Se após todas as explicações sobre as vantagens do parto normal, a paciente optar pela cesariana, isso deve ser um direito dela e não uma concessão do convênio/seguro saúde. Acho que deve haver uma entidade como os conselhos de medicina (regional ou federal) que possam monitorar, impor responsabilidades e cobrar segurança na prática das Doulas, das obstetras e dos profissionais que realizam partos domiciliares. É necessário que exista um mínimo de controle e cobrança de ética no exercício profissional desses profissionais. Assim como médicos, deverão responder por possíveis falhas, imperícias, imprudência ou negligência.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: PARA SABER SE O RECEM-NASCIDO NAO ESTA EM SOFRIMENTO , ´E PRECISO ESPERAR ATE O NASCIMENTO, POIS NO ULTIMO MOMENTO PODE OCORRER UM IMPREVISTO. ALEM DISTO, CASO HAJA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO, ESTE DEVE SER FEITO DE IMEDIATO PARA NAO PERDER O TEMPO OPORTUNO PARA EVITAR SEQUELAS</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Acho um passo pra tras...prescindir do pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou pediatra de sala de parto de maternidade pública na zona oeste do Rio de Janeiro ! Atendemos gestação de risco e baixo risco . O nascimento é o momento mais dramático e complexo de um ser humano . A circulação fetal passa por adaptações abruptas para que a respiração pulmonar se estabeleça . Muitas vezes isso não ocorre , mesmo sem risco gestacional , meramente mal adaptativo , necessitando de intervenção imediata , com manobras de reanimação invasivas ! O pediatra também realiza exame físico completo no RN em sala de parto . Muitas vezes o bebê necessita de cuidados intensivos imediatos por anormalidade cardíaca , pulmonar ou infecciosa que só o profissional médico pode avaliar ! Prescindir do pediatra em sala de parto é um grande risco para a saúde e bem estar do bebê !</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de me posicionar contra a medida que diz que pode haver partos ou nascimentos Sem a presença do Pediatra pois baseado em estudos científicos isto aumentaria em muito a Morbi-mortalidade dos recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Quanto ao capítulo 5 "Cuidado do recém-nascido". importante ressaltar que, a necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra na sala de parto contribui para a evolução adequada do recém-nascido. Ou seja, sua função é importante, já que não se pode prever a evolução de um parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Reforçar a necessidade de acompanhamento por pediatra na sala do parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Quanto ao capítulo 5 "cuidado com recém-nascido" é importante considerar que Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho em sala de parto há 4 anos, já reanimei vários meninos. Demos treinamento a enfermeiras no nosso serviço, mas elas não são capazes de intubar rapidamente. No nosso serviço o pediatra não entra em todas as salas de parto e isto é catastrófico. Muitas vezes as urgências aparecem e não tem um médico capacitado ao lado do Rn. Temos vários rns em protocolo de Resfriamento por sofrimento agudo, justamente por situações como essa "risco habitual" que virou urgência. Essa portaria, ao meu ver é só mais uma estratégia para reduzir custos e prejudicar o usuário.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença de pediatra na sala de parto deve ser obrigatória !</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: É inviável ter certeza, apesar dos exames complementares, que o nascimento de uma criança não venha a ter complicações, sejam estas de imediato (nos primeiros dez minutos decorridos do nascimento) ou alguns minutos a poucas horas depois. Portanto, se o pediatra não estiver presente isto pode ser fatal à criança.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença de pediatra na sala de parto é fundamental para manter a segurança do recém nascido</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manter obrigatória a presença de um pediatra ou neonatologista em todos os partos independente do percentual de risco visto que o minuto de ouro da vida de um bebê não tem como voltar a trás e os danos mesmo independente da frequência podem trazer danos irreversíveis para a vida da nova pessoa</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Presença de profissional capacitado (médico ou enfermeiro) para o atendimento ao RN na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como Médica e reiterando a posição da presidência da Sociedade Brasileira de Pediatria e da coordenação de seu Programa de Reanimação Neonatal, que consideram de FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA a participação dos pediatras na sala de parto em cesariana, independente do feto estar ou não a termo, pois o que vai acontecer não se pode prever.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou CONTRA o que diz no capítulo 5 - Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), (páginas 62 e 63), que considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” É necessária sim a presença de um pediatra ou de um neonatologista na sala de parto, independente se é baixo risco ou alto risco, visto que nada na medicina é 100% previsto, problemas podem acontecer em qualquer parto, e a prevenção é a melhor forma de evitar que óbitos ou morbidades fetais aconteçam!!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho que a presença do Pediatra na sala de parto deve permanecer como regra, pelo simples fato de que não há outra pessoa habilitada para fazer o primeiro atendimento ao recém nascido no momento de seu nascimento e visto que, esse atendimento inicial, pode muitas vezes livrar esse paciente de uma maior morbimortalidade</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Em vários estudos mostram que é possível atender o parto pélvico por via de parto fisiológico, como também já vi em prática ocorrer tranquilamente o parto pélvico.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou CONTRA o que diz no capítulo 5 - Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), (páginas 62 e 63), que considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” É necessária sim a presença de um pediatra ou de um neonatologista na sala de parto, independente se é baixo risco ou alto risco, visto que nada na medicina é 100% previsto, problemas podem acontecer em qualquer parto, e a prevenção é a melhor forma de evitar que óbitos ou morbidades fetais aconteçam!!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Trabalhei em atendimento aos recém nascidos em sala de parto por 21 anos, exatamente quando passou a ser obrigatório esse atendimento por Lei, e pude ver o ganho de qualidade no atendimento, com melhora do Apgar no quinto minuto devido a presença do pediatra, evitando sequelas ou morte dos 30% de recém nascidos que necessitam de ajuda ao nascer.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Nesse relatório, a CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (páginas 62 e 63) considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73)</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Eu como mulher quero ter o direito de ser assistida por quem eu escolher, independentemente da categoria. E, isso inclui em um possível parto pélvico, pois acredito que obstetrizas e enfermeiras obstétricas tem total capacidade de atender em uma situação como essa.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental para segurança do recém-nascido e foi responsável pela enorme redução da mortalidade neonatal observada nos últimos anos; será um retrocesso enorme retirar o pediatra da sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Saida do pediatra é um retrocesso e negação a sociedade de atendimento científico reconhecido como o mais adequado. Essa estória de "parto humanizado" que na verdade é parto sem médico representa uma total negação do conhecimento médico do século XXI.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra na sala de parto/ cesárea é fundamental para o recém nascido, sou pediatra e já assisti vários finais tristes de cesáreas muito esperadas pelos pais inclusive de baixo risco, em que o bebê nasceu deprimido e não havia profissional na sala para tomar as primeiras medidas!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou contra não ter pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Vai aumentar a mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: 5 recém nascidos morrem por dia de asfixia no Brasil por falta de profissional capacitado na sala de parto. Sabe-se que em 10% de todos os partos, independente dos riscos, os recém nascidos precisam de alguma ajuda para respirar e o profissional capacitado para isto é o pediatra. Se apesar da obrigatoriedade um percentual significativo de morte por asfixia, imagina se deixar de ser obrigatória a presença do pediatra nos partos cesáreos de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). A assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em minha experiência com milhares de salas de parto em partos cesáreos, percebo que muitos recém-nascidos, em situações em que tudo indica que está tudo bem, acabam nascendo com alguma complicação e necessitam de alguma manobra de reanimação. Isto se dá porque, interrompendo a gravidez de forma programada, muitas vezes encontramos um neonato com idade gestacional limítrofe, seja porque mesmo a termo a criança ainda não estava preparada para o nascimento naquele momento, seja porque a idade gestacional está sujeita a erros, mesmo que todos os parametros apontem para um feto a termo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A cada ano que se passa, a Sociedade Brasileira de Pediatria tem aperfeiçoado os manuais e técnicas de reanimação neonatal, bem como investido pesadamente no treinamento e atualização dos pediatras para uma melhor assistência ao recém nascido, visando reduzir morbidades associadas a intercorrências periparto dos recém nascidos. Um dos conceitos mais importantes atualmente sobre assistência em sala de parto e reanimação neonatal é o chamado "Golden Minute" que consiste o primeiro minuto de vida de uma criança, tempo dentro no qual o pediatra deve ser capaz de avaliar a vitalidade do recém nascido e iniciar manobras de reanimação se forem necessárias. Sabemos que essa conduta reduz consideravelmente as complicações/consequências da asfixia perinatal. Visto essa necessidade tão precoce de avaliação e possível intervenção, é absurdo o fato de permitir que haja cesarianas sem a presença de pediatras na sala, mesmo em casos de baixo risco. Complicações obstétricas podem acontecer a qualquer momento antes ou durante o procedimento de cesariana, sendo um risco incabível expor os recém nascidos ao fato de nascerem na ausência de um pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> Crianças nascidas de parto cesáreo têm necessidade de reanimação neonatal em 4,7% mesmo aquelas de baixo risco. O primeiro minuto de vida pode fazer toda a diferença quanto ao neurodesenvolvimento se bem atendida na sala de parto. Quando saber quem vai necessitar de atendimento especializado?</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de contribuir com experiência profissional. Como pediatra e neonatologista posso dizer que já vi alguns casos de complicações, como asfixia no recém-nascido, em cesáreas eletivas, mesmo sem nenhum fator de risco durante o pré-natal. É essencial que o atendimento do recém-nascido, em qualquer ocasião, seja feita por um pediatra e/ou neonatologista, que é o profissional mais habilitado a reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é necessário em toda sala de parto na atual conjuntura da saúde no Brasil. É um tremendo equívoco querer tirar esse profissional da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Discordo totalmente, visto que a presença do pediatra na sala de parto seja cesareana, seja parto normal, é essencial devido ao risco de complicações, como desconforto respiratório, Apneia, infecções, que vão demandar atos médicos para a resolução... É na verdade um retrocesso, pois claramente os números mostram que depois que o pediatra passou a fazer parte da equipe de sala de parto a morbimortalidade perinatal diminuiu muito. Trata-se, na minha opinião, de uma tentativa de "baratear" a sala de parto, usando outros profissionais não médicos. Mas não tenho dúvidas que todos os autores dessa proposta tiveram ou querem ter pediatras para recepcionar seus filhos e familiares na hora do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Como medico pediatra já presenciei diversas salas de parto teoricamente de baixo risco que se tornaram de Alto risco e que a presenica do pediatra foi indispensável.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A vida de um bebê depende de ótima assistência médica nos primeiros minutos de vida, sendo essencial que as condutas sejam tomadas prontamente para evitar sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Mesmo em crianças de baixo risco e com gestação não complicada podem haver complicações imediatas ao nascimento. Dessa forma, é fundamental existir um profissional que possa realizar TODOS os passos da reanimação neonatal. Este profissional é o pediatra. Quando as complicações acontecem, não dá tempo para mandar chamar a pessoa mais habilitada. Dessa forma, a ausência do pediatra em sala de parto é temerária e poderá ocasionar aumento de mortalidade e morbidade para os reecém-nascidos.O Programa de Reanimação Neonatal brasileiro vem conseguindo ao treinar e sistematizar a reanimação neonatal está conseguindo reduzir muito a mortalidade infantil e as taxas de asfixia no país. Dessa forma, não se pode voltar atrás e ir na contra-mão da história e das evidências científicas. Ainda mais quando o ministério se baseia em evidências que são classificadas com fracas pelo próprio ministério da saúde nessa portaria.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como professor Universitário e trabalhando na Área de Neonatologia e principalmente Reanimação Neonatal acredito ser um retrocesso a ausência do Pediatra na Sala de Parto, mesmo em situações de baixo risco. Não se pode prever a necessidade ou não da intervenção imediata. As seqüelas são irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há como concordar com a ausência do Pediatra em todos os nascimentos. Sempre que disponível no serviço deve estar presente garantindo qualidade a recepção do recém-nascido. Como Pediatra ao longo de mais de vinte anos de experiência, sou contra.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo em gestação aparentemente a termo sem sinais de agravo, o momento do parto é algo realmente imprevisível, em que o atendimento por pediatra se torna importantíssimo para adequado manejo de evento inesperado que coloca em risco não só a vida do recém nato bem como sua condição de vida futuro sem sequelas neurológicas!!! Assim sendo, todas as salas de parto devem ser assistidas pelo pediatra, que é o profissional capacitado para esse atendimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Evidências científicas mostram risco de sofrimento para o recém-nascido e portanto da necessidade de reanimação mesmo em cesareanas de baixo risco. Além disto, além disto, o bom resultado da reanimação do recém-nascidos quando necessária depende da rapidez e a qualidade com que é realizada. Não é admissível que se exponham recém-nascidos a risco de comprometimento futuro por uma portaria sem base em evidências científicas. Esta boa prática foi uma grande conquista da Sociedade Brasileira de Pediatria em prol dos recém-nascidos, e é inaceitável ver o Ministério da Saúde propor esta regressão nas boas práticas médicas. Sou pediatra, com especialização em Neonatologia e em Acompanhamento de Recém-nascido de risco, egressos das UTIs Neonatais, portanto esta proposta, sem fundamento técnico, me deixa estarecida.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho de extrema importância a presença do pediatra nos partos tanto normal com cesariana porque irá ajudar a preservar a integridade física a criança, qualquer emergência com o bebê ele vai estar lá para servir de grande ajuda sem sobra de dúvidas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: COMENTÁRIO SOBRE AS RECOMENDAÇÕES EM TORNO DO PROCEDIMENTO DE VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA Conforme definido na diretriz, a versão cefálica externa (VCE) é a manobra realizada sobre o abdome materno para virar o feto que está atravessado no útero ou sentado, de forma a posicioná-lo com a cabeça para baixo, a posição ideal para o parto. Nas recomendações da diretriz, está informado que:- Em apresentação pélvica, é recomendada versão cefálica externa com 36 semanas completas de idade gestacional, na ausência de trabalho de parto, comprometimento fetal, sangramento vaginal, bolsa rota ou complicações maternas. Em gestantes a termo com apresentação pélvica, a versão cefálica externa não é recomendada. No Capítulo 2, subitem sobre Apresentação Pélvica, a diretriz menciona revisão sistemática que incluiu 6 ECRs com 612 mulheres e afirma que esta revisão observou redução de 60% dos partos não-cefálicos quando foi utilizada VCE (RR=0,42), bem como de cesárea (RR=0,52). A citação no corpo da diretriz para esta afirmação é a revisão sistemática da Cochrane “External cephalic version facilitation for breech presentation at term” de 2001.(1) A revisão sistemática atualizada sobre o tema é, no entanto, “External cephalic version for breech presentation at term”, com data de atualização até fevereiro de 2015.(2) A versão atualizada incluiu 8 ECRs com 1308 mulheres a termo e encontrou os seguintes resultados: • Redução de 58% nas apresentações não-cefálicas no momento do nascimento • Redução de 54% no risco de não conseguir um parto vaginal cefálico • Redução de 43% na taxa de cesárea • Não houve diferença nos escores de Apgar no 1º ou 5º minuto, pH de veia umbilical, admissão em UTI neonatal, morte perinatal ou tempo entre a inclusão no estudo e o nascimento Conforme a revisão sistemática na íntegra, as mulheres incluídas nos 8 estudos foram recrutadas na 37ª semana (estudo Brocks 1984), entre 36 e 38 semanas (estudo Dafallah 2004), a partir das 37 semanas (estudos Hindawi 2005; Mahomed 1991; Rita 2012), após 36 semanas (estudos Hofmeyr 1983; Van de Pavert 1990) e entre 37 e 39 semanas (Van Dorsten 1981). A revisão sistemática da Cochrane não fez qualquer análise de subgrupo especificamente para comparar a VCE com 36 semanas exatas versus outras idades gestacionais que pudesse sustentar a recomendação, na diretriz, de que a VCE seja realizada com 36 semanas completas e não seja realizada a termo. Na realidade, a maioria dos estudos incluídos na revisão da Cochrane (5 de 8) tinha como critério de inclusão que as mulheres tivessem necessariamente mais de 37 semanas no momento da inclusão. A diretriz cita ainda revisão sistemática da Cochrane sobre VCE antes do termo (“External cephalic version for breech presentation before term”, em sua versão de 2000)(3) e informa que a VCE realizada antes de 37 semanas não foi capaz de reduzir partos não-cefálicos. A última versão desta revisão foi atualizada até outubro de 2005 e incluiu três estudos.(4) Um estudo comparou VCE realizada antes de 37 semanas com a não-realização de VCE e não encontrou diferenças na taxa de apresentações não-cefálicas no momento do nascimento. Um estudo descreveu uma política de VCE iniciada a partir de 33 semanas até 40 semanas, podendo ser repetida até o nascimento, comparada a não-realização de VCE. Este estudo mostrou uma redução na taxa de apresentação não-cefálica no termo (RR=0,59), no entanto as tentativas de VCE foram realizadas em diversas idades gestacionais, incluindo no termo. Um estudo descreveu o início das tentativas de VCE entre 34 e 35 semanas comparada ao início com 37 a 38 semanas. Os resultados para este estudo não foram estatisticamente significativos. Considerando as melhores evidências disponíveis no momento (e inclusive citadas no corpo da</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>diretriz), não há respaldo científico para estabelecer a realização da VCE com 36 semanas completas e contra-indicar a realização do procedimento em mulheres a termo. Ao contrário, a melhor evidência científica disponível reforça a efetividade da VCE a partir do termo (a partir de 36 semanas em 3 dos estudos incluídos na revisão sistemática e a partir de 37 semanas nos 5 restantes). Consideramos inadequada a recomendação e sugerimos que a VCE seja recomendada para mulheres no termo ou a partir de 36 semanas, conforme melhor evidência disponível obtida através de revisão sistemática com metanálise.REFERÊNCIAS1. Hofmeyr GJ. External cephalic version facilitation for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2001 Jan;(4):CD000184. 2. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 1;4:CD000083. 3. Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database Syst Rev. 2000 Jan;(2):CD000084. 4.utton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan;(1):CD000084.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Como neonatologista, observo em que há , com frequência, partos normais ou cesariana que estão correndo bem e, nos últimos instantes, ocorre demora na saída do bebê e este nasce precisando de suporte adequado e , se não realizado de maneira correta, gera iatrogenia. Na minha opinião , não é suficiente treinar um profissional não médico, já que este não terá capacidade de cuidar de sua possível iatrogenia. Eu não trabalharia mais em UTI em que fosse ligada a sala de parto onde estivesse um profissional não médico na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um retrocesso perder uma conquista essencial para o atendimento humanizado ao recém-nascido, aos pais e seus familiares .A presença do pediatra no momento mais perigoso de nossas vidas o nascimento. A sala de parto é o lugar onde a chance de ocorrer alguma intercorrência com danos permanentes é grande. Porque temos que perder tempo defendendo Idireitos já conquistados ? No meu entendimento não existe maternidade de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contrário à esta loucura que está sendo proposta. Como pediatra e neonatologista, já atendi e reanimei vários bebês nascidos por cesárea que não tinham qualquer fator de risco. Essa proposta é no mínimo estapafúrdia gerando insegurança em toda equipe que estiver conduzindo o parto. Obviamente que essa situação poderá acontecer para muitos, mas para uma pequena minoria, se dará o direito de ter o pediatra na sala de parto. Proposta descabida e assassina. Que o sangue derramado escorra pela consciência dos que fazem coisas sem pé nem cabeça.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contrário à esta loucura que está sendo proposta. Como pediatra e neonatologista, já atendi e reanimei vários bebês nascidos por cesárea que não tinham qualquer fator de risco. Essa proposta é no mínimo estapafúrdia gerando insegurança em toda equipe que estiver conduzindo o parto. Obviamente que essa situação poderá acontecer para muitos, mas para uma pequena minoria, se dará o direito de ter o pediatra na sala de parto. Proposta descabida e assassina. Que o sangue derramado escorra pela consciência dos que fazem coisas sem pé nem cabeça.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A Ausência do médico pediatra em qualquer tipo de nascimento ( Parto vaginal ou cesariana) significa um retrocesso. Considero uma falta de respeito com o paciente a ausência desse profissional treinado na hora do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A operação cesariana deve ser utilizada como recurso para situações emergenciais. Permitir a operação a pedido da gestante é permitir que a mesma passe por um procedimento custoso e desnecessário. Deve ser investido em formação para o parto para que percam esse medo do parto e tenham informação para escolher. As experiências prévias com partos ruins são oriundos em grande parte pelo modelo atual de atendimento, no qual não há respeito pela mulher e seu tempo. Nem pela criança. A ilusão de que a cesariana é mais segura é, hoje, consequência da doutrinação dos médicos cesaristas, que já vem com essa formação das universidades. Cesária só para situação de emergências.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Tratando-se da experiência clínica não é de se esperar que hajam intercorrências em cesarianas eletivas sem critérios de gravidade. Mas as mesmas acontecem e é imprescindível a presença de pessoal treinado em o máximo de complexidade. Uma vez que tais intercorrências não podem esperar para resolução sem que haja consequências gravíssimas para a criança. Trata-se de uma proposta sem fundamento. Uma vez que o estado da arte mostra a diferença que faz a presença de um especialista na sala de parto faz.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido deve ser realizada pelo pediatra em todas as circunstâncias, mesmo em casos de gestação sem risco aparente, uma vez que se ocorrer algum imprevisto é crucial a pronta reanimação para que não haja sequelas nesse recém-nascido, as quais geram maiores custos ao sistema de saúde e inestimável custo familiar e à sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Como médica intensivista, atendo a muitas crianças q não tiveram assistência na sala de parto e sofreram hipoxia neonatal. Mas tive a experiência particular da necessidade da presença de um profissional com experiência no atendimento ao recém-nascido. Meu filho é uma criança normal porque pude contar com a experiência do pediatra na sala de parto. Se não estivesse ao nosso lado, ele teria feito hipoxia importante com lesão cerebral. Então, não posso entender o "retrocesso" de não exigir o pediatra na sala de parto. Se ocorrer qualquer complicação o tempo entre chamar e o profissional estar atendendo o Rn pode ter consequências catastróficas para essas crianças.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com a ausência do pediatra na sala de parto seja ele normal ou cesariana, acho de extrema necessidade para acompanhar os procedimentos pós parto evitando que a criança fique sem atendimento em caso de uma emergência.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. (Site SPRS).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A maioria dos bebês nascem bem, mas 1 a cada 10 precisará ser reanimado. Portanto é imprescindível a participação de um pediatra na sala de parto para fazer a reanimação adequada e o recém nascido não ficar com sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Esta decisão não está baseada nas evidências científicas atuais que consideram mesmo em partos sem risco prévio podem ocorrer intercorências classificadas como urgência para o Recém nascido , com risco de vida e sérias seqüelas caso não atendidas imediatamente . A ausência do Pediatra em sala de parto representa um retrocesso à assistência só recém nascido !!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Vários estudos mostram que mesmo RN a Termo, cujas mães não apresentaram alterações na gestação, podem apresentar depressão no momento do nascimento, necessitando de manobras de reanimação imediatas. A atenção adequada no momento do nascimento reduz o risco de óbito e de sequelas neurológicas entre os sobreviventes. Seguem referências bibliográficas:1. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo. 2. Resuscitation 2012;87:869-73. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Considero uma temeridade e um retrocesso a possibilidade do não atendimento do RN por pediatra habilitado e treinado. É um direito e um dever garantir o melhor atendimento possível para o Recém nascido onde este cuidado vai representar toda uma vida. Os danos não avaliados são dramáticos para o bebê e para comunidade pelos gastos em decorrência do não ou atendimento inadequado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência do Pediatra na sala de parto deve ser uma exceção e não a regra. Diversas gestações podem complicar no final, inclusive durante o trabalho de parto. A falta do profissional devidamente treinado no momento do parto pode gerar sequelas permanentes e irreparáveis</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo mães que fazem o pré-Natal de forma adequada podem apresentar problemas durante o parto como crianças que nascem hpotônicas, presença de mecônio, sendo fundamental a presença do pediatra para realizar os passos iniciais da reanimação neonatal bem como IOT caso a mesma se faça necessária, evitando assim hipoxia e sequelas irreversíveis para a criança. Mesmo médicos que são habilitados para reanimação em adultos, não teriam experiência para realizar o procedimento em neonatos, pois o procedimento requer treinamento e habilidades que os pediatras contemplam de forma mais ampla e</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Contra a retirada do pediatra na sala de parto; nenhum outro profissional tem treinamento para reanimação neonatal e por questões de segundos conseguimos salvar vidas, como todos sabem.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: É obrigatória a presença de um pediatra na sala de parto, esta é uma conquista do povo brasileiro que não pode ser roubada.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é fundamental para o nascimento saudável e reversão de possíveis problemas</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo rescem nascido merece viver, a difernça entre a vida e morte pode acontecer em menos de 3 min , isto sem contar com as sequelas</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Sou contra a diretriz! Tenho formação medica associada a 2 anos de formação em pediatria com 2 anos de formação em neonatologia, permeados com a prática de estar presente em muitos partos ditos de baixo risco que apresentaram complicacoes importantes em sala de parto com necessidade de reanimação por medico capacitados e uso de procedimento inerente ao medico com formação pediatrica e em neonatologia. A literatura aponta menores risco de complicacoes em baixo risco, mas elas existem e sera de extrema irresponsabilidade aceitar assumir isso risco e , assim, aumentar a possibilidade de número de óbitos e hipoxiados em sala de parto com suas sequelas associadas.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Medida retrograda que no final das contas vai atingir os hospitais publicos e consequentemente as classes menos favorecidos da sociedade, que perderao o profissional mais qualificado para a assistencia ao RN. Independente da classificacao que o ministerio da saude de a assistencia ao trabalho de parto, isso nao garante que os RN nascerao em boas condições, e tirar deles o profissional mais qualificado para isso é vergonhoso.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é essencial, tendo em vista a possibilidade de complicações, mesmo nos casos considerados de "baixo risco" e patologias fetais não detectadas no pré-natal. Trabalho há 20 anos nessa área, e já vi acontecer complicações " inesperadas" inúmeras vezes. O que está sendo proposto é um retrocesso, além de um desrespeito a toda uma categoria profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra esse absurdo! Retirar os pediatras da sala de parto é colocar em risco a vida das crianças ou sujeitar famílias a passarem o resto das vidas sofrendo as consequências de uma hipóxia perinatal. Morbidade esta que pode desencadear a longo prazos diversas consultas e internamentos e portanto umGasto muito maior para os que pensam só com o bolso! Reflitam!!!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: I. ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO Considerando que: Estudo realizado pelo Programa de Reanimação Neonatal da SBP, com busca ativa nas 27 Secretarias de Estado da Saúde dos nascidos vivos que morreram até 6 dias de vida em 2005, 2006 e 2007, evidenciou que 15 bebês brasileiros morreram ao dia por causas associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo, com peso ao nascer em média de 3170g e sem malformações. Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, que deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Golden Minute); um em cada 100 neonatos precisa de intubação traqueal e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente. No Brasil a cada ano, estima-se que 280.000 crianças necessitem de ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer, incluindo cerca de 32.000 prematuros com peso abaixo de 1500g. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e que a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. O atendimento ao parto por profissionais de saúde habilitados pode reduzir em 20% a 30% as taxas de mortalidade neonatal, enquanto o emprego das técnicas adequadas de reanimação resulta em diminuição adicional de 5% a 20% nestas taxas, levando à redução de até 45% das mortes neonatais por asfixia. O Código de Ética Médica (Capítulo 1, Princípios Fundamentais V) afirma que compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente, incluindo-se assim o atendimento de crianças pelo pediatra, que é o profissional treinado para o manejo da prevenção e cura nessa faixa etária. A presença de pediatra na sala de parto é garantida na Portaria MS/GM nº 569 de 1/06/2000 que instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (anexo II, item 6), e que essa portaria é uma das bases do preâmbulo da Portaria GM/MS nº 1459 de 24/06/2011 que instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS. O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. No entanto entende que, nos locais distantes dos grandes centros. II. ASSISTÊNCIA AO PREMATURO TARDIO E RECÉM-NASCIDO DE TERMO EM ALOJAMENTO CONJUNTO E APÓS ALTA HOSPITALAR em que a presença do pediatra não for possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de registrar minha indignação na retirada do pediatra de TODAS as salas de parto, colocando esse profissional somente nos casos teóricos de maior risco, como anestesia geral e sofrimento fetal. Nessas situações a presença de um profissional qualificado ao atendimento do recém-nascido é óbvia, mas tem que ser esclarecido que em muitas situações aparentemente corriqueiras e, por isso vistas como menos graves, esse pequeno ser que está vindo ao mundo também se encontra potencialmente vulnerável a risco de sequelas permanentes até à morte, se não atendido adequadamente. Portanto o pediatra é tão fundamental quanto o obstetra nas salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É inadmissível que técnicos ou enfermeiros possam realizar o parto, caso ocorra o médico poderá ser substituído por tais, além que o médico é profissional fundamental, não só para realizar esse tipo de atividade.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que a própria NT16/2014 traz as informações científicas de que 1 em cada 10 RNs irão necessitar de manobras de reanimações para iniciar e manter a respiração no período crítico da transição do nascimento; Considerando que os dados de que os índices 40% e 85% de partos cirúrgicos, em instituições públicas e privadas respectivamente, são índices subestimados (pelo menos na minha região estima-se 65% e mais de 90% respectivamente); e que a indicação deste tipo de parto seguem os critérios culturalmente de autonomia da mulher e disponibilidade do profissional( ou seja eletivas na sua maioria e que não respeitam o critério de no mínimo 39 semanas) a falta do pediatra com habilitação em neonatologia na sala de parto leva a expor 10 % dos recém nascido a uma assistência de qualidade duvidosa. Por isso , tenho certeza de este documento deve ser revisado e que as melhores evidências e o bom senso prevaleçam, para que essas diretrizes recomendem estratégias de melhor assistência à gestante , família e recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho de suma importância a presença do pediatra na sala de parto, pois é um dos momentos que o RN mais precisa de sua assistência.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na assistência ao recém-nascido na sala de parto. Mesmo em cesarianas de baixo risco ,podem ocorrer imprevistos, necessitando de um profissional hábil para lidar com as eventualidades, como desconforto respiratório (em casos extremos pode evoluir para hipóxia e até parada cardio-respiratória).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Experiência Profissional</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto para evitar danos futuros ao recém nascido devido à falta de assistência médica durante o parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É essencial e imprescindível a presença do pediatra na sala de parto, mesmo que a gravidez não tenha tido intercorrências até então. Por exemplo, recém-nascidos aparentemente saudáveis durante a gestação podem apresentar doenças sindrômicas só diagnosticadas ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do médico pediatra na sala de parto e nas cesarianas e de suma importância para a saúde dos recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou a favor da presença de um pediatra no atendimento ao recém-nascido de risco para atuar na reanimação avançada e outro profissional de saúde habilitado possa receber RN normal.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É inaceitável a justificativa de que em cesáreas a termo de risco habitual não é necessária a presença do pediatra, visto que as pesquisas e estatísticas mostram que um em cada 10 nascidos vivos, de risco habitual necessitam de ajuda para respirar (ventilação) e destes 10 melhoram se a ventilação for corretamente executada, o que requer treino e experiência. De 100 recém nascidos que necessitaram de ventilação um irá precisar de intubação traqueal (procedimento médico) e/ ou massagem cardíaca para sobreviverem. Tendo ciência de que o primeiro minuto de vida é crucial no desfecho neurológico do recém nascido, podendo advir do atendimento inadequado sequelas graves irreversíveis e mesmo o exito letal, não vislumbro justificativa para tal descuido com qualquer RN em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: No Capítulo 5 que trata do cuidado do Recém-Nascido, em peculiaridades da operação cesariana, nas páginas 62 e 63 é proposto que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Sendo assim, a recomendação final, descrita nas páginas 15 e 63 é de necessidade da presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. No entanto, as melhores evidências científicas disponíveis não corroboram esta recomendação. A Sociedade Brasileira de Pediatria apresentou estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras com a comparação da assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). Portanto a conclusão é de que a necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto. Assegurar a qualidade da assistência neonatal no momento do parto é fundamental para a redução da mortalidade infantil e a prevenção de sequelas neurológicas em RN hipoxêmicos. Esta recomendação deve esclarecer detalhadamente as habilitações dos profissionais que prestarão a assistência ao RN em qualquer tipo de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação de não necessitar de pediatra em salas de parto não-urgentes não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não há nenhum profissional tão bem preparado para receber o recém-nascido quanto o Pediatra. Mesmo em casos de cesárea eletiva, podem ocorrer Intercorências com o recém-nascido, sendo de extrema necessidade a assistência do Pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: no capítulo 5 em relação á Assistência ao RN de parto cesarea, na página 62, 65 existe um absurdo que não á necessidade de um pediatra na Assistência ao neonato, fala contra todas evidencias científicas do momento, comprovado com nossa clinica diária de 26 anos participando de salas de parto em centro cirúrgico e sala de parto, inúmeras vezes a mãe apresenta uma intercorrência clinica como hipotensão no ato cirúrgico e o RN nasce deprimido necessitando ter reanimação no primeiro minuto, minuto ouro. Evitando uma hipoxia grave , e o melhor profissional seria um pediatra ou neonatologista, treinado em todos procedimentos em reanimação neonatal. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como medico pediatra neonatologista, um especialista habilitado terá mais chances de atender adequadamente o recém nascido, dando lhe respaldo numa possível emergência, eis que, os pesos e condutas de um recém nascido são infinitamente diferentes de um adulto, diminuindo drasticamente a possibilidade de sequela. Alem de que, constitucionalmente é direito da mãe e do nascituro ser assistido por profissional medico pediatra capacitado para salvaguardar o direito pético mais importante, a vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Cerca de 10% dos recém nascido necessitam de ajuda para respirar ou para adequada transição fetal/neonatal; desses, cercado 10% necessitam de manobras mais invasivas, como massagem cardíaca e/ou infusão de drogas. Apenas um médico é capaz de analisar a situação é decidir o procedimento a ser realizado. O primeiro minuto é chamado de golden minute, por ser o período essencial no qual um adequado suporte evitará sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Como pediatra e diretora técnica de um hospital filantrópico com cerca de 980 partos mês, informo que partos de baixo risco em geral (cesáreas e partos vaginais) tem a possibilidade de apresentar desfecho adverso, de acordo com nossa experiência sobre partos ocorridos em nossa instituição, e de partos realizados em outras, que são encaminhados a nossa UTI neonatal, a terceira maior do Estado de São Paulo. A demora na reanimação é desastrosa com 100% de fatalidade para a família em questão, gerando custos elevados assistenciais ao Estado (se SUS e também os de convênio cujas famílias ingressam com liminares). Tenho tido casos de partos hoje dito "naturalistas", cujo índice de complicações deveriam beirar o inexistente, mas que nos últimos anos têm gerado recém-nascidos com AVC, outros comatosos e mortos, ainda que monitorizados, desde sua residência, por obstetrizes e Doulas contratadas pelas famílias. A casuística de partos em meu hospital, mostra que complicações em partos vaginais e cesáreas de baixo risco ocorre sim, e os minutos decorridos até a chegada de um pediatra treinado em reanimação, retardam a reanimação e promovem lesões permanentes e morte.</p> <p>2ª: Acho que abordar o assunto cesárea de baixo risco em um documento que se propõe abolir cesáreas desnecessárias é um verdadeiro contrassenso. Seria melhor pagar menor valor pelo cesárea marcada e com diagnóstico de Desproporção Céfalo-Pélvica diagnosticada fora de trabalho de parto. Se autorizar os convênios a baixar mais o preço tanto dos honorários, quanto das diárias hospitalares nessas cesáreas marcadas, ou ainda autorizá-los a excluir esse procedimento do rol de pagamento, valorizando mais o dia de trabalho do profissional que faz parto normal e que ficará 12 horas disponível no trabalho de parto, mesmo que vire cesárea, então... economia na certa, com respaldo científico. Isso não impede que as cesarianas marcadas aconteçam, mas os custos serão pagos pelo cidadão que optar por isso. OBS: será justificada a cesárea por não progressão do trabalho de parto que apresentar NST com identificação da paciente, com contrações comprobatórias de que a paciente entrou em trabalho, normais ou alteradas, para evitar fraudes. Se não tiver comprovado, não paga também.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Tive um parto normal de 40 horas com 3 dias de bolsa rota, a bebe nasceu normal e em nenhum momento houve alteração do batimento cardíaco</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo retirar o pediatra da sala de parto. Haverá um indescritível aumento das morbidades caso isso aconteça. Mesmo em partos de baixo risco essa é uma decisão que colocará em risco o futuro das nossas crianças.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Manter pediatra na assistência ao RN na sala de parto 2ª: -	
13/05/2015	Outra	1ª: Quem pode prever, com exatidão, em qual situação um recém-nascido vai nascer???o atraso na assistência ao recém nascido pode significar a diferença entre a vida e a morte..entre as sequelas que a hipóxia ou asfixia causam na vida dessa criança .o parto cesárea, entre 37 e 39 semanas,mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia,também eleva o risco de que a ventilação ao nascer seja indicada. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: Manutenção do pediatra em sala de parto mesmo em cesariana eletiva. 2ª: -	
13/05/2015	Sociedade médica	1ª: O atendimento do RN em sala de parto modifica os índices de mortalidade neonatal, pois o prognóstico da anóxia perinatal, se não adequadamente atendida, nos 30 segundos, com reanimação adequada piora significativamente. Existem grupos de risco para necessidades especiais, porém cesariana não deve ser rotina e sim realizada justamente quando há risco para a mãe ou para o RN, retirar o pediatra da sala de parto em casos de cesariana só aumentará a mortalidade neonatal. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: De acordo com o parecer da SBP, abaixo...Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está em situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto foi um avanço e contribui enormemente para a queda da morbimortalidade infantil, principalmente quando o parto não é o natural. As complicações podem aparecer sem aviso prévio, exigindo a presença do Pediatra, para tomada de decisões. Seria um retrocesso, para não dizer um descaso, com a saúde pública, querer fazer economia cortando direitos do RN a uma boa assistência ao nascer, evitando sequelas para toda a vida. É hora de dar um Basta, neste tipo de suposta economia, que a longo prazo se mostrará mais dispendiosa, pelas mazelas geradas!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: MEDICA PEDIATRICA DE HOSPITAL ESCOLA</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Vamos falar de medicina embasada em evidências!! Qual é o objetivo desse absurdo?? Amparo legal para dispensar o especialista? e o Golden Minute?? Estou chocada!! Faço sala de parto no interior, acham que um clínico ou uma enfermeira serão plenamente capazes de reanimar e conduzir as manobras, se existe profissional capacitado para isso? E as cesáreas eletivas complicam mais q os partos vaginais, há extensos trabalhos publicados, grande número de pacientes!! É incoerente, se fazem campanha pelo parto normal pois as cesáreas seriam mais lesivas, como estas poderão ficar desassistidas do especialista??? Contratem adequadamente, CLT, direitos trabalhistas, concursos federais, planos de carreira, equipem os hospitais, aí não faltarão pediatras e não precisarão criar esse absurdo para se respaldar da nossa ausência!! Meu marido é cardiologista, eu sou Pneumopediatra, e as políticas de saúde só nos afastam do serviço público, que gostávamos tanto de atender!! Pensamos em mudar de país, temos uma ótima formação ( UFRGS), lá fora somos mais valorizados que aqui no Brasil!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência de pediatra em sala de parto mesmo em situações descritas como baixo risco, no caso referidas como cesáreas sem sinais de sofrimento fetal ou anestesia geral, prejudica a assistência ao recém-nascido pois não prevê a possibilidade de situações imprevistas, tais como o nascimento de criança em líquido amniótico meconiado ou com anomalias congênitas não diagnosticadas no pré natal. Essas situações requerem intervenções médicas imediatas para assegurar menor morbimortalidade a esses recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como mãe e como neuropediatra me preocupa a atual proposta. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: “Melhoramos muito, mas a mortalidade neonatal no Brasil, responsável por 70% da mortalidade infantil no país, mostra que precisamos ainda fazer um grande esforço tanto na assistência para a mãe quanto para o recém-nascido”, afirma a presidente da entidade, Raquel Pitchon do Reis. A opinião é compartilhada por outros profissionais. A professora da UFMG Leni Márcia Anchieta afirma que o pediatra é o profissional que mais segurança traz para os bebês. “Somos importantes em casos de imprevistos”, argumenta. Aline Santiago, membro da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas (Sogimig), defende a necessidade de uma equipe completa e diz que a retirada do pediatra da sala de parto deixa os bebês desassistidos. “O pediatra dá assistência ao feto, mesmo que seja parto de risco habitual. Por exemplo, um bebê que nasce com alguma dificuldade respiratória, que pode não ser resultado de risco constatado na gestação, precisa do auxílio do pediatra”.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: considerando a falta do profissional médico pediatra e que normalmente já é o enfermeiro que dar os devidos cuidados aos recém nascidos, é necessário o treinamento a esses profissionais para melhor atendê-los. deixando de ser obrigatório a presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Que todos os procedimentos SÓ sejam feitos para salvar a vida da mãe e do bebê. Não fazer nenhum procedimento de rotina. É muito importante o trabalho de parto para que o bebê tenha condições de respirar bem em qualquer tipo de parto. Que o parto fisiológico, espontâneo, natural, humanizado seja privilegiado. Que todas as facilidades sejam feitas para que tal aconteça. Usar procedimentos que vão na sequência de baixo risco ao de mais risco. Que durante o pre-natal todas as mulheres sejam bem acolhidas e bem orientadas a fazerem suas escolhas. Fazer o parto domiciliar, fazer versão externa para virar o bebê. Dar condições para que todas as mulheres tenham um ambiente apropriado para que o parto seja o mais feliz possível.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: acho importantíssimo e indispensável o pediatra em sala de parto numa cesariana eletiva, pois, imprevistos podem acontecer como ao romper a bolsa apresenta líquido meconial e ter que entubar o RN e aspirar traquéia antes que faça uma aspiração maciça e corra risco de vida ou a extração do polo cefálico seja difícil e o RN nasça deprimido e tenha que ser reanimado por um profissional extremamente gabaritado ou nascer com alguma síndrome não diagnosticada anteriormente ao parto.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra neonatologista, exercendo a neonatologia tanto em UTI's neonatais quanto em sala de parto por 8 anos, e, considerando não somente a experiência vivida nesses anos, como também evidências científicas considero tal proposta um risco à saúde do recém-nascido. Muitos dos nascidos de partos considerados de baixo risco necessitam sim de intervenções imediatas sem as quais coloca-se em risco a vida e as condições de sobrevivência desses recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho com pediatra de sala de parto há 12 anos, sou instrutora de reanimação neonatal, tenha ampla experiências em casos de gestações a termo com Cesárea eletiva que a minha presença fez diferença na qualidade de vida da criança e daquelas famílias, pois mesmo sem ninguém esperar, nestas cesáreas o Rn pode nascer deprimido e/ou hipotônico, e a presença de um profissional habilitado atender este Rn hipotônico muda muito o apgar e principalmente a vida!!!!!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: é consenso que houve uma redução da mortalidade e da morbidade nos bebês recém nascidos após a introdução da reanimação Neonatal nos moldes atuais, e após ser introduzido o pediatra plantonista na sala de parto. A literatura internacional demonstra que partos via cesariana trazem ao mundo recém natos mais propensos a necessitar ventilação com pressão positiva, e que o atraso no início da reanimação de neonatos aumenta o risco de morbimortalidade a cada 30 segundos de tempo desperdiçado sem iniciar as manobras. É um contra-senso a diretriz em questão afirmar que a via de parto vaginal, que é aqui defendida como mais segura e adequada, deve contar com pediatra em sala de parto e uma cesariana, mesmo sem fatores de risco, não. Trabalho em maternidades particulares e uma pública. Em ambos os ambientes e ambos os tipos de parto, em sua maioria sem fatores de risco, recebo recém nascidos que necessitam reanimação. Não acho prudente retirar o pediatra da sala de parto em nenhuma circunstância por este motivo. Temos que respeitar o minuto de ouro e iniciar a reanimação precocemente para garantir o sucesso da reanimação e a segurança dos recém natos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: é uma total falta de responsabilidade retirar a obrigatoriedade do pediatra na sala de parto em qualquer parto, cesariana ou normal. Um país sério nao aprovaria uma diretriz que aumenta o risco de morbimortalidade neonatal</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo dizer que o pediatra não é necessário na sala de parto. Todos nós profissionais médicos sabemos que qualquer RN, sem nenhum fator de risco e a termo, pode evoluir com desconforto respiratório na sala de parto, principalmente os nascidos de cesariana. Sou absolutamente contra o que foi preconizado nessa diretriz!!! Pautar condutas em estudos tão pouco relevantes, e pior ainda, pensando em economia política, é colocar em risco vidas de inocentes ou pior ainda, marcar o resto de suas vidas com daquelas graves!!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra, que atua na reanimação neonatal, me causa profunda indignação constatar que o Ministério da Saúde ache desnecessário o PEDIATRA na sala de parto. No dia a dia das salas de parto constatamos que partos aparentemente sem gravidade podem se complicar. Não é possível que vamos retroceder, no lugar de avançar. Não é possível que as crianças irão nascer sem as condições adequadas. Sabemos muito bem que a falta de assistência neste momento causam sequelas neurológicas irreversíveis. Por que não oferecer ao RN o melhor atendimento possível? Lutamos por melhores condições de trabalho e assistência, realizando cursos de reanimação, levando aos lugares mais distantes o AIDPI neonatal. participando de cursos e congressos. Então, todo cuidado será oferecido a gestante, mas para o seu filho não. Então, só existe preocupação com mortes maternas, mortes e sequelas em crianças podem ocorrer. E elas já ocorrem, sem assistência do pediatra vamos aumentar ainda mais.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30 Resuscitation 2012;87:869-73 Portaria SAS/MS 371/2014</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Discordância à ideia da eventual falta da necessidade de PEDIATRAS em Sala de Parto. A bibliografia é vasta e contundente em relação a importância deste profissional desde os primeiros momentos do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Absurdo abolir a assistência ao parto. Qtas mais crianças com pç por hipóxia precisaremos ter??</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho que ela é necessária desde que bem indicada: iteratividade, falha na indução do trabalho de parto, primíparas gemelar e apresentação pélvica, entre outras.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho que ela é necessária desde que bem indicada: iteratividade, falha na indução do trabalho de parto, primíparas gemelar e apresentação pélvica, entre outras.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou totalmente contra essa diretriz que coloca em risco a vida dos recém-nascidos brasileiros. É de suma importancia o pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30 Resuscitation 2012;87:869-73 portaria SAS /Ms 371 /2014</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: considero um desserviço a sociedade a retirada do pediatra da sala de parto, algo que demorou anos ara conquistarmos e o que mais impactou a queda da mortalidade infantil foi a reanimação neonatal eficaz.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência de um pediatra em sala de parto, seja ela qual for, fala contra um dos principais e mais importantes pontos da reanimação neonatal: o golden minute. A sociedade brasileira de pediatria reforça a importância do início da reanimação neonatal dentro do primeiro minuto de vida, o que se torna impossível quando o pediatra está ausente, sabendo que qualquer procedimento obstétrico, cesariana ou parto vaginal, pode evoluir com complicações, mesmo em gestantes de baixo risco, é inadmissível permitir que existam cesarianas não assistidas por pediatras.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: No Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana).Páginas 62 e 63: considera que “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.A assistência ao recém-nascido na sala de parto DEVE SER realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Quando a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Qualquer um que tenha conhecimento de medicina pode enumerar as inúmeras intercorrências que podem ocorrer durante um trabalho de parto normal que repercutirão na vitalidade de um bebê presumidamente saudável, dentre elas: eliminação de mecônio intra-útero, circular de cordão cervical ou nó verdadeiro de cordão, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina, intoxicação do bebê por medicamentos infundidos na mãe, etc. Além do mais, por mais difundido que sejam os exames que avaliam as condições maternos-fetais para um parto e nascimento tranquilos somente quando o bebê nasce podemos estar realmente seguros de que ele está bem.</p> <p>2ª: Só um governo retrógrado que desconhece os riscos de vida e a taxa de mortalidade no período neonatal é capaz de pensar em retirar o pediatra de qualquer sala de parto.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
13/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho ser de extrema importância a presença do pediatra habilitado a reanimação neonatal em sala de parto, em todos os parto, mesmo os ditos de baixo risco, partos normais ou cesarianas eletivas. É amplamente conhecido, comprovado, estatisticamente inclusive, o número de casos emergenciais, de risco de vida ou de morbidade severa aos RNs quando não atendidos imediatamente / reanimados por pediatra habilitado em sala de parto. Retirar a obrigatoriedade do pediatra na sala de parto seria um retrocesso no atendimento aos RNs e a sua família!</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença do pediatra na sala do parto é muito importante para evitar sequelas neurológicas e a morte do recém-nascido. Sabemos e vivenciamos que cada sala de parto é imprevisível, e sempre temos que estar preparados para o pior, mesmo naqueles partos que vem evoluindo bem. E está bem documentado a importancia do golden minute. Então se uma RN não nascer bem e não tiver um pediatra capacitado na sala de parto até este chegar já terá passado o golden minute e as sequelas neurológicas e até a morte podem ser irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Tenho experiência com partos sem fator de risco, em que o paciente nasce em condições de real necessidade de reanimação neonatal. Um profissional capacitado faz diferença entre a vida e a morte. Alguma vezes, em cesáreas eletivas, nasce um recém-nascido pré-termo. Uma vida não tem preço.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Outra	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as &gt; sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 71/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra precisa estar na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de pediatra na sala de parto mesmo para atendimento de cesarianas de baixo risco. Podem existir situações imprevisíveis em um nascimento em que só uma equipe de reanimação neonatal com a presença de um pediatra estará apta para resolver. Ex. Hérnia diafragmática com hipoplasia pulmonar. Faço o seguinte questionamento. Será que um enfermeiro ou médico clínico que não está habituado a este tipo de patologia saberia identificar um abdome escavado em um Rn, saberia que teria que entubar-lo ao invés de iniciar com ventilações com ambu e máscara como mandam os manuais de reanimação? Faço um segundo questionamento. Será que os profissionais técnicos que elaboram este tipo de diretriz baseados em estudos, evidências, estatísticas e blá,blá,blá aceitaria efetivar uma cesariana de baixo risco em um familiar seu sem a presença de um pediatra ou neonatologista em sala de parto?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
13/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo gestações de baixo risco podem evoluir com complicações no momento do parto. A presença do profissional médico, pediatra, é essencial para tratamento dessas complicações , evitando morte e sequelas para recém-nato.A ausência do pediatra em sala de parto, em qualquer nível de risco, é completamente absurda.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Estudos demonstram a necessidade do especialista em toda sala de parto sendo gestação de alto ou baixo risco</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo em procedimentos de baixo risco sendo imprescindível a presença do pediatra em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: só desejo externar a necessidade da presença do pediatra em sala de parto para a assistência ao recém-nato sempre, em qualquer tipo de parto: normal ou cesareana</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A principal causa de mortalidade infantil hoje é no período neonatal precoce (primeira semana) e reflete o pre natal e assistência em sala de parto. Estes dados são do ministério da saúde. Como retirar os pediatras das salas de parto se eles é quem dão assistência para reduzir esta mortalidade e sequelas nos recém nascidos?</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em todas as assistências aos RNs é obrigatória e importante, visto que não podemos adivinhar qual o RN que vai necessitar de assistência avançada e qualificada. E sabemos também que a cada minuto de atraso/perdido para iniciar uma assistência de qualidade gera sequelas irreparáveis para o resto da vida daquele ser, conseqüentemente pra sua família e para o governo que vai ter que arcar com os custos do seu tratamento (utin), reabilitação e incapacitação/sequelas (previdência). Então fica comprovado que mesmo que seja diminuído as chances de complicações em cesáreas de RNs a termo, não podemos abdicar da presença do Médico Pediatra em todos os partos; pois com a presença desse profissional diminuiremos a morbo-mortalidade dos RNs.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em todas as assistências aos RNs é obrigatória e importante, visto que não podemos adivinhar qual o RN que vai necessitar de assistência avançada e qualificada. E sabemos também que a cada minuto de atraso/perdido para iniciar uma assistência de qualidade gera sequelas irreparáveis para o resto da vida daquele ser, conseqüentemente pra sua família e para o governo que vai ter que arcar com os custos do seu tratamento (utin), reabilitação e incapacitação/sequelas (previdência). Então fica comprovado que mesmo que seja diminuído as chances de complicações em cesáreas de RNs a termo, não podemos abdicar da presença do Médico Pediatra em todos os partos; pois com a presença desse profissional diminuiremos a morbo-mortalidade dos RNs.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Atenção no que vai ser aprovado, porque a sociedade não pode sofrer</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Absurdo extinguir pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra (neonatologista) na sala de parto é imprescindível para assistência adequada dos recém-nascidos, mesmo que esses sejam teoricamente de baixo risco. Anóxia neonatal acarreta sequelas gravíssimas irreversíveis e ônus enorme para a família e sociedade.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: CONSIDERO FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E CONSEQUENTE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL, A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO BEBÊS DE RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Recusa.Tem que haver assistência a mãe e ao bebê nas salas de parto! A presença do pediatra, assim como do obstetra, deve ser obrigatória!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A falta de assistência ao parto de pediatra habilitado é um retrocesso em termos de saúde pública pelo risco a que se expõe um RN. Um verdadeiro absurdo!</p> <p>2ª: Como paciente me submeti a uma cesárea sem risco e se não houvesse um pediatra habilitado em reanimação neonatal, inclusive com manejo de drogas eu não teria uma filha normal. Não pudemos admitir o que não recomendamos para um familiar...</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: CONSIDERO FUNDAMENTAL NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E CONSEQUENTE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL, A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO BEBÊS DE RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO BEBÊS DE RISCO, É A MANEIRA MAIS EFICAZ NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E CONSEQUENTE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL,</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo mostra que o VBAC em casa é seguro:<a href="http://onlinelibrary.wiley.com/.../10.1111/jmwh.12172/abstract">http://onlinelibrary.wiley.com/.../10.1111/jmwh.12172/abstract</a>Estudos mostram que VCE com mais de 37 semanas é seguro e eficiente:<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15144330</a><a href="http://www.cochrane.org/.../PREG_external-cephalic-version-fo...">http://www.cochrane.org/.../PREG_external-cephalic-version-fo...</a>Estudo mostra que a taxa de ruptura uterina é 0,2% e não impede um VBAC em casa. <a href="http://journals.plos.org/plosmedicine/article...">http://journals.plos.org/plosmedicine/article...</a></p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: DESTACO A IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E CONSEQUENTE REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL, A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE ESTARMOS DIANTE DE FATORES DE RISCO. ENTENDENDO QUE NOS DEPARAMOS ALGUMAS VEZES COM QUADROS INESPERADOS DE ASFIXIA E QUE SE NÃO ATENDIDOS PRONTAMENTE REPERCUTEM COM SEQUELAS IRREPARÁVEIS E ATÉ MESMO O ÓBITO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho necessário a presença do pediatra para atendimento ao rn em qq q seja o parto.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A RECOMENDAÇÃO DA AUSENCIA DE PEDIATRAS EM SALA DE PARTO ESTÁ EM COMPLETO DESACORDO COM AS EVIDENCIAS CIENTIFICAS ATUAIS</p> <p>2ª: NA PRATICA MEDICA SABEMOS DAS INTERCORRENCIAS QUE PODEM ACONTECER AO RECEM NASCIDO NO PARTO CESARIANA , SENDO IMPRESCIDIVEL A PRESENÇA DE PEDIATRA EM TODAS AS CESAREAS REALIZADAS</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Nota-se uma forte tendencia de todas as recomendações em seguir as recomendações do NICE incluindo a questão da presença do pediatra na sala de parto. O que é necessæario, é que se possa ver que neste momento o Brasil não deveria incorporar recomendações de uma agencia inglesa com um sistema de saúde diferente do brasileiro principalmente no que se refere a formação dos profississionais atuantes na rede basica e no atendimento ao parto e nascimento. Enquanto nao mudarmos a formação dos profissionais as premissas do NICE não se aplicam ao Brasil. Recomendar a não necessidade de pediatra na sala de parto com evidencia grau 3 é irresponsavel. Se no Brasil nascem 3 milhoes ao ano e 10% pode necessitar de algum tipo de ressuscitação no primeiro minuto de vida, seriam 300.000 necessitando de ajuda e perder oportunidade neste momento é contribuir para aumento da mortalidade neonatal (principal componente da mortalidade infantil) e para piora da qualidade de vida do recém-nascidos sequelado e da familia. O grupo desta consulta publica precisa dar uma revisada nos dados sobre mortalidade neonatal precoce e suas causas no Brasil antes de recomendar ações baseadas em evidencias que nao sao brasiliras.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Dois pontos. Quem tem bola de cristal para adivinhar quais partos apresentarão problemas? Segundo, se não for necessário o pediatra na sala de parto em casos de baixa complexidade, que seja regra que o profissional que fizer o atendimento será responsável pela evolução do mesmo, em todas as suas complicações. Sobrar apenas os problemas e ainda atendido por outros sem experiência e capacitação, é uma tremenda falta de vergonha na cara. Economizar nisto é uma irresponsabilidade.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASFIXIA PERINATAL PODE OCORRER DE MANEIRA IMPREVISÍVEL EM QUALQUER PARTO, INDEPENDENTE DE HAVER PRESENÇA DE FATOR DE RISCO NA GESTAÇÃO. DESSE MODO RESSALTO A IMPORTÂNCIA NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL ATRAVÉS DA PARTICIPAÇÃO DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO EM TODOS OS PARTOS INDEPENDENTE DE HAVER OU NÃO FATORES DE RISCO, SENDO A MANEIRA MAIS EFICIENTE DE PREVENIR SEQUELAS E REDUZIR A MORTALIDADE NEONATAL.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Na minha opinião, como médica obstetra, é uma medida irresponsável a ausência de pediatra na sala de parto, uma vez que a asfixia perinatal pode ocorrer no período expulsivo/extração fetal na cesariana, não havendo tempo hábil para chamar um pediatra a tempo de realizar as primeiras manobras, tão importantes nos primeiros minutos de vida do RN.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Opinião de pediatra: É muito triste perceber como os valores estão invertidos. A saúde que é tão preciosa sendo tratada como algo sem importância enquanto outras esferas são super valorizadas. A saúde no Brasil está longe de ser ideal e merece investimento! Precisamos de programas e ações que realmente previnam doenças e complicações e promovam saúde. Precisamos de qualidade da assistência! Mas ao contrário, as medidas parecem ter o objetivo de prejudicar ainda mais a saúde da população! Essa medida de tirar o pediatra da sala de parto não faz nenhum sentido. As evidências mostram que mesmo bebês nascidos de mulheres saudáveis que tiveram gestação de baixo risco podem precisar de reanimação... e esse procedimento deve ser feito por profissional realmente capacitado para evitar danos futuros para essa criança. Com a saída do pediatra da sala de parto eu entendo uma enorme involução da saúde. Teremos aumento da morbimortalidade infantil, o que é um retrocesso e um desrespeito com a sociedade. Essa medida, assim como outras que substituem o profissional mais capacitado por outro menos capacitado porém mais barato, contribuem para a vergonha que é a saúde do nosso país!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A INCIDÊNCIA DE SEQUELAS MOTORAS E NEUROLÓGICAS DESENCADEADAS PELA ASFIXIA NEONATAL EM DECORRÊNCIA DA FALTA DE ASSISTÊNCIA ADEQUADA AO RECÉM NASCIDO DURANTE O PARTO, TORNA IMPERATIVA A PRESENÇA DO PEDIATRA NEONATOLOGISTA EM TODOS OS PARTOS INDEPENDENTE DA PRESENÇA DE FATORES DE RISCO MATERNOS OU INTRAPARTO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A PRESENÇA DO NEONATOLOGISTA TREINADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL É OBRIGATÓRIA NA SALA DE PARTO PARA AÇÃO NO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA COMO DEFINIDOR DO PROGNOSTICO NEUROLÓGICO NEONATAL, INDEPENDENTE DA PRESENÇA DE FATORES DE RISCO MATERNOS OU GESTACIONAIS.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: E necessario sempre,a presença do pediatra na sala de parto,pois nunca se pode ter a certeza de que ocorrerá tudo bem em função de anestesia,tempo da cesareana ou do parto normal,ou de intercorrencias outras (hemorragias ,imprevistos,etc...)com comprometimento imediato ao RN.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Minha experiência como médica pediatra plantonista em sala de parto no atendimento ao RN, em maternidade durante mais de 20 anos, é que a presença de um pediatra capacitado é absolutamente necessária, mesmo nas pacientes de cesariana sem risco algum. Muitas vezes durante o exercício da profissão, atendi pacientes sem risco absoluto que imediatamente após o nascimento necessitaram a minha intervenção médica para reanimação do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: PARA PREVENIR A ASFIXIA NEONATAL E SUA COM PLICAÇÕES (SEQUELAS NEUROLÓGICAS E MORTALIDADE) CONSIDERO FUNDAMENTAL, A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO GESTAÇÕES OU PARTOS CONSIDERADOS DE ALTO RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: INDUBITAVELMENTE A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO BEBÊS DE RISCO, É O MODO MAIS EFICIENTE NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E DESSE MODO PARA CONTRIBUIÇÃO PARA REDUZIR A MORBIMORTALIDADE NEONATAL,</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A experiência de dia-a-dia em sala de parto demonstra que boa parte das complicações ocorrem sim em gestações a termo é sem intercorrencias importantes pre-natais, e nestas horas a presença do pediatra é fundamental para manutenção da vida e principalmente para evitar ou minimizar sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO EM PARTOS DE RISCO DEVE SER FEITA PELO PEDIATRA TREINADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL, SENDO ESSE O CAMINHO MAIS EFETIVO NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E CONSEQUENTE REDUÇÃO DAS SEQUELAS E MORTALIDADE NEONATAL,</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Intercorrências são imprevisíveis e falta experiência e risco de morte e morbidade aumenta .</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A não exigência de um pediatra na sala de parto em caso de cesárea é um retrocesso no direito à assistência à gestante que só visa baratear o custeio da saúde no serviço público ao governo. Não devemos fazer saúde pública pensando apenas no orçamento para o gestor, mas sim na qualidade da assistência à população. Não é possível prever em qual parto haverá complicações com o recém-nascido. A população sabe que não faltam recursos para saúde, mas sim, vontade política e competência no gerenciamento dos recursos. Portanto, sugiro que torne obrigatória a presença de um pediatra na sala de parto de cesareanas!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASFIXIA NEONATAL É UMA IMPORTANTE CAUSA DE SEQUELAS NEUROLÓGICAS E DE ELEVADA MORTALIDADE NO PERÍODO NEONATAL, DE MODO QUE A SUA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO ADEQUADAS SERÃO GARANTIDAS COM A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SEREM OU NÃO GESTAÇÕES OU PARTOS DE RISCO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero favorável a presença do pediatra em todos os partos porque mesmo o parto não sendo considerado de risco poderá entontecer asfixia neonatal, que o pronto atendimento pelo pediatra irá interferir positivamente no prognostico a curto , médio e longo prazo.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Segundo a portaria do próprio Ministério da saúde, designada Pele a Pele 10% dos nascimentos requerem algum tipo de manobra para oxigenação. Porcentagem que não deixa margem para se discutir a possibilidade de pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: AS EVIDENCIAS CIENTIFICAS REVELAM QUE A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RECÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE SE TRATAREM OU NÃO DE PARTOS DE RISCO, É O MODO MAIS EFICAZ NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E DESSA MANEIRA CONTRIBUIR PARA REDUZIR A MORBIMORTALIDADE NEONATAL,</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: considero indiscutível a necessidade do pediatra (cap 5) e inadmissível este retrocesso na assistência à vida - evidências são as nossas crianças sem sequelas (neuro ou ósseas) e a mudança na taxa de mortalidade periparto. Portanto, sou totalmente contra retirarem o pediatra</p> <p>2ª: como clínica médica, não tenho informações sobre cesárea,mas, aproveito para solicitar intervenção do Ministério da Saúde nesta questão do parto domiciliar = estou temendo pelas mães e pelos bebês</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Baseada nas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, gostaria de explicitar que Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/.../PRES037-12EncapositionamDCNeo-Minis...">http://www.sbp.com.br/.../PRES037-12EncapositionamDCNeo-Minis...</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a decisao, pois é o governo que tem que dar as condições adequadas ao atendimento da gestante e do RN e nao tentar dar um "jeitinho brasileiro" a tudo e colocar em risco o RN!!O pediatra faz diferenca na hora da intercorrenca, nao é porque é gestanção de baixo risco que nada pode acontecer!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A mortalidade neonatal só reduziu após o pediatra em sala de parto. A sociedade brasileira de pediatria orienta pediatras e neonatologistas com cursos de atualização em reanimação neonatal. E essencial a presença desse profissional em sala de parto!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a não permanência de pediatras na sala de partos cesarianos não complicados. mesmo um parto sem risco pode se complicar e o não pronto atendimento do bebe acarretar complicações para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Se faz necessario um pediatra na sala... A mortalidade infantil ira voltar a subir na retirada dos mesmos...</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a essa nova lei, onde, não permite a presença de pediatras na sala de parto!! Tive dois filhos e foi essencial ter esse profissional ao meu lado! Tão importante, qto o obstetra!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser essencial a presença do pediatra na sala de parto para adequada reanimação do recém-nato. O bom prognostico dos bebês é dependente do atendimento nos primeiros 5 minutos de vida da criança. Portanto, se o pediatra não estiver lá neste período, sua presença não vai mais contribuir para a boa recuperação do RN. O grau e numero de sequelas serão muito maiores.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A ausência do pediatra trará sofrimento e angústia para a mãe, que já está bastante fragilizada, ao saber que seu bebê não terá o atendimento específico de que precisa ao nascer</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito ser imprescindível a presença de um pediatra na sala de parto independentemente do tipo de parto e risco atribuído à gestação. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a não ter pediatra na sala de parto em Todos os partos! Não há como garantir, ainda que tenha ocorrido tudo bem no preço Natal, que a criança não precisará de um pediatra. Cada 30 segundos na atenção na sala de parto vale ouro.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Posição contrária</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retirar o pediatra da sala de parto é um risco enorme para o lactente. Nem sempre uma gestação de baixo risco significa que a criança vai nascer bem, muitas vezes acontecem intercorrências na hora do Nascimento que se não tiver um pediatra na sala serão extremamente prejudiciais para a criança podendo causar sequelas neurológicas irreversíveis, até mesmo o óbito. Coisas que poderiam ser evitadas se o pediatra estivesse na sala.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Deve-se considerar no projeto que cada componente das distintas classes que se fazem presentes na sala de parto têm funções e papéis distintos na equipe multiprofissional. Além de que um parto principalmente cesáreo, mesmo que tendo tido um pré-natal oferece muitos riscos a mãe e ao feto, e estes muitas vezes apesar da tecnologia só são descobertos na hora do parto. Na atualidade também é grande o número de mulheres que parem com idade mais avançada e por processos de inseminação e fertilização, o que torna maior o risco de morte do feto. Sendo imprescindível a presença do profissional pediatra na hora do parto, o que dar maior segurança a parturiente, ao feto e a toda equipe. Além desta profissional assim como a enfermeira estabelecer um elo entre pais e filho, podendo até por escolha dos pais indicar ou ser o próprio pediatra da criança a partir deste momento. Este projeto dar margem a daqui a pouco dizer que o único profissional necessário na sala de parto quando for uma cesária ser o médico. E quando for parto normal nem este, a mulher pode voltar a parir sozinha. Sem se falar que por essas e outras situações que nós mulheres estamos cada vez mais buscando um parto humanizado e normal, fora das organizações hospitalares, onde podemos escolher as pessoas e os profissionais que consideramos essenciais para a nossa segurança em um momento tão especial e delicado, já que os gestores estão perdendo esta capacidade além de outros interesses...</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Deve-se considerar no projeto que cada componente das distintas classes que se fazem presentes na sala de parto têm funções e papéis distintos na equipe multiprofissional. Além de que um parto principalmente cesáreo, mesmo que tendo tido um pré-natal oferece muitos riscos a mãe e ao feto, e estes muitas vezes apesar da tecnologia só são descobertos na hora do parto. Na atualidade também é grande o número de mulheres que parem com idade mais avançada e por processos de inseminação e fertilização, o que torna maior o risco de morte do feto. Sendo impressionante a presença do profissional pediatra na hora do parto, o que dar maior segurança a parturiente, ao feto e a toda equipe. Além desta profissional assim como a enfermeira estabelecer um elo entre pais e filho, podendo até por escolha dos pais indicar ou ser o próprio pediatra da criança a partir deste momento. Este projeto dar margem a daqui a pouco dizer que o único profissional necessário na sala de parto quando for uma cesária ser o médico. E quando for parto normal nem este, a mulher pode voltar a parir sozinha. Sem se falar que por essas e outras situações que nós mulheres estamos cada vez mais buscando um parto humanizado e normal, fora das organizações hospitalares, onde podemos escolher as pessoas e os profissionais que consideramos essenciais para a nossa segurança em um momento tão especial e delicado, já que os gestores estão perdendo esta caoacidade além de outros interesses...</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Sou totalmente contra a ausencia do pediatra na sala de parto. Entendo q toda criança tem o direito de ser examinada imediatamente ao nascer!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Falta de respeito com o cidadão tem limite. Essa portaria vai garantir o aumento de complicações e neuropatias. Se querem fazer algo que preste, melhore a remuneração dos médicos, abram concursos em vez de contratar cada vez mais profissionais temporários.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Acho essencial a presença e acompanhamento do pediatra na sala do parto, para maior segurança e proteção da criança.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: O pediatra é muito importante na sala de cesárea. 2ª: -	
14/05/2015	Outra	1ª: O profissional que atua em Assistência ao RN em sala de obrigatoriamente deverá ser Pediatra. 2ª: -	
14/05/2015	Instituição de saúde	1ª: É absurda a sugestão de que não há necessidade de pediatra no acompanhamento de todos os nascimentos. Recém-nascidos que requerem reanimação por profissional devidamente capacitado podem advir mesmo de nascimentos de baixo risco, seja por cesárea por parto normal. Creio, inclusive, que essa sugestão vai contra a tentativa do Ministério da Saúde de incentivar o parto normal. No momento em que se afirma que cesáreas de baixo risco não necessitam de pediatra, mas que os partos de baixo risco o necessitam, dá-se a ideia de que a cesárea seria mais segura para o bebê. 2ª: -	
14/05/2015	Outra	1ª: A favor do pediatra em sala de parto 2ª: -	
14/05/2015	Sociedade médica	1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). 2ª: -	
14/05/2015	Sociedade médica	1ª: Absurdo ! O profissional médico pediatra é imprescindível 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Nunca se pode afirmar que um bebê nascerá bem e que não necessitará de reanimação neonatal. Todo parto é uma caixinha de surpresas. A assistência médica adequada e eficaz imediatamente após o parto é essencial para prevenir a morte ou sequelas para toda a vida do bebê. Sem o pediatra na sala de parto não tenho dúvidas de que o número de casos de anóxia neonatal aumentarão, honerando assim o sistema público com maior número de aposentadorias por invalidez.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de saber o motivo pelo qual a FEBRASGO nao participou deste comite ??Alem disso, a maioria dos estudos citadios sao de baixa qualidade, ou é impressao minha??Ttalvez tirar pediatra da sala de parto seja retroceder!Mesmo Rns de baixo risco podem nascer parados e/ou entrar em sofrimento apos parto. Acho que preciso de melhores evidencias para me convencer.Outra questao, é sobre cesarea a pedido!!Dificil fazer o que o comite orienta no SUS!ne??Se a paciente quiser cesarea, teremos que fazer ??mesmo sem indicacao??Acho que o melhor parto é aquele em que preservamos o bem estar materno e fetal!!independente da via!!</p> <p>2ª: nao ficou claro pra mim ,ou nao entendi, se em iterativas esta indicado por voces conducao do trabakho de oarto??</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fazer sala de parto sempre existem surpresas. Mesmo sendo recém nascido a termo podem nascer em apnéia, parada cardiaca. Em muitos serviços públicos não existe cardiotocografia para saber se o recém nascido está em sofrimento. Quantos milhares de pré natal não são feito adequadamente, sem ecografia fetal. Retirar o pediatra da sala de parto é arriscar a vida desses pequenos. Se aprovado isso, o governo pode aumentar os leitos de utineonatal para os hipoxiados.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Toda mulher tem direito de escolha, junto com seu médico assistente. O parto deve ser uma escolha mútua.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: É um absurdo isso o que o ministério da saúde está fazendo, totalmente contrário às boas práticas da saúde. Lembrando que dez por cento dos bebês que nascem de parto cesáreo independente da indicação necessitam manobras de reanimação neonatal e um por cento são intubados em sala de parto, vaginal ou cesárea. Sou contra esse absurdo! Quem vai querer ter um filho sem um pediatra por perto?</p> <p>2ª: Instituir a obrigatoriedade de analgesia de parto para todos os partos normais e proibir a rede Globo de colocar aquelas mulheres parindo e gritando de dor! Isso assusta todo mundo e as mulheres passam a temer o parto normal. A Globo deveria fazer uma campanha das parturientes felizes e fazendo força, mas sem dor, devido a analgesia de parto. Manda uma orientação para todos autores de novelas informá-los que existe Analgesia para o trabalho de parto e as mulheres podem ter filhos de parto normal sem sofrer!</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um direito da mãe ter garantido o nascimento do seu filho assistido por médico pediatra na sala de parto .</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O parto deve ser sempre acompanhado por profissional da neonatologia. Um grande percentual de anoxias acontecem em gestação considerada de baixo risco</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Segurança do VBAC domiciliar</p> <p>2ª: Segurança da VCE com mais de 37 semanas</p>	<a href="#">Clique aqui</a> <a href="#">Clique aqui</a>
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Já está fartamente documentada a melhoria dos nascimentos após a presença do pediatra em sala de parto. seria um atraso imenso retroagir</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo recém-nascido tem o direito de ser atendido por pediatra qualificado em reanimação neonatal, sendo esse profissional indispensável na sala de parto. Sou médico pediatra formado há doze anos, tendo trabalhado nos últimos oito em unidade neonatal e de alto risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou a favor do pediatra ou neonatologista em todos os partos, mesmo nos de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Se faz necessario um pediatra na sala... A mortalidade infantil ira voltar a subir na retirada dos mesmos...</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: sou pediatra e neonatologista. é comum que o recém nascido a termo não exiga muitos cuidados, mas mesmo um parto sem fatores de risco pode trazer complicações e risco de óbito ou sequelas. já atendi várias vezes recém nascidos que nasceram mal, mesmo sendo sem fatores de risco. Seria brincar de roleta russa com a vida das crianças. só quem já viu uma criança com paralisia cerebral sabe o quanto é devastador para o resto da vida da pessoa, ser mal atendido na sala de parto.</p> <p>2ª: uma criança com retardo mental grave por anoxia neonatal tem altissimo custo para o sistema de saude com multiplas internações e cirurgias, além da devastadora situação familiar de ter um filho assim.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho um absurdo a exclusão do pediatra na sala de parto de uma cesária. Sou pediatra e por diversas vezes já presenciei RN nascerem parados e necessitarem de reanimação do pediatra lembrando : cesária com pré natal sem nenhuma intercorrência!!! Asfixia rn é gravíssimo!!!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em relação ao tópico "Cuidado do recém-nascido", o próprio relatório cita: "Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra...". Tal afirmação é primeiramente questionável considerando-se diversos trabalhos científicos e, acima de tudo, irresponsável, uma vez que o resultado de um equívoco neste caso implicaria/implicará na falha em reanimar um recém-nascido na sala de parto. Portanto, uma criança morta ou com sequelas neurológicas permanentes!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	1ª: O pediatra nao deve faltar a nenhuma sala de parto.O primeiro minuto e muito importante na vida de um rescen nato .E um retrocesso tirar o pediatra da sala de parto.E o profissional preparado e adequado para tal. 2ª: -	
14/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Conhecimento tecnico e cientifico! Só o pediatra tem capacidade tecnica e cientifica de assistir plenamente ao recém nascido. 2ª: -	
14/05/2015	Sociedade médica	1ª: A presença do pediatra/neonatalogista na sala de parto é indispensável para prestar o primeiro atendimento ao recém nascido, mesmo em partos de baixo risco. Durante a minha experiência profissional observo que em situações emergenciais além do treinamento técnico, deve haver grande embasamento para decidir a melhor conduta para situações de risco. Nas situações emergenciais, o pediatra inicia uma sequência de procedimentos cada vez mais complexos e que podem definir um prognóstico e aumentar as chances de crianças que por algum motivo nasçam em sofrimento. Mesmo em partos de baixo risco esta situação pode estar presente. É importnate levar em consideração que há a possibilidade de asfixia no primeiro minuto de vida em 10% dos partos ditos como baixo risco e que isso representa possibilidade de sequelas para recém nascidos que poderiam ser saldáveis. Impõe também para a família um sofrimento resultante de prováveis sequela. 2ª: -	
14/05/2015	Outra	1ª: Sabemos que o índice de mortalidade infantil neonatal ainda é muito elevado no Brasil; que presença do pediatra na sala de parto é indispensável, pois o recém nascido precisa de uma assistência especializada. O Estatuto da Criança e do Adolescente, garante a criança a integralidade na assistência. 2ª: -	
14/05/2015	Outra	1ª: o parto cesareana deve ter suas indicações baseado em evidencias e respeitar a vontade da paciente.assim como a remuneração seja melhor.nao atendo convenios e faço os partos por reembolso ha 5 anos. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Antigamente os partos eram feitos por parteiras e sabemos que o índice de mortalidade de receber nascidos era muito grande. Tivemos a grande conquista ao exigir pediatra na sala de parto e não podemos ter um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho um verdadeiro absurdo se cogitar a hipótese de retirar o pediatra da sala de parto, totalmente contrário às boas práticas da saúde. Lembrando que dez por cento dos bebês que nascem de parto cesáreo independente da indicação necessitam manobras de reanimação neonatal e um por cento são intubados em sala de parto, vaginal ou cesárea.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Como mãe me posiciono a favor do PEDIATRA na sala de parto, pelo justo motivo da capacidade do profissional de amparar os primeiros momentos do recém nascido, é de suma importância a presença desse profissional, minha filha esta viva hoje pela presença de um pediatra no momento em que nasceu. Só quem já teve filho sabe a necessidade dele perto no momento da cesárea.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo em uma gestação atermo, sem riscos aparentes, um RN pode necessitar de reanimação. Quem irá arcar com as consequências de uma criança com sequelas por não ter recebido o adequado atendimento/reanimação???</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Qualquer recém formado ou ainda no final do sexto ano de medicina sabe a importância deste profissional na sala de parto e é de impressionar que pessoas com conhecimento técnico e cultural no nível dos gestores federais pensem em tal absurdo, infelizmente neste país faz-se tudo de forma as avessas ao mundo e será um retrocesso jamais presenciado neste país com consequência direta na percentagem de mortalidade infantil.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: TOTALMENTE contra a tentativa de tornar facultativa a necessidade de um pediatra em sala de parto, independentemente da idade do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é de fundamental importância para salvar vidas. Reanimação neonatal desde sempre deverá ser exercido pelo pediatra, isso é um ganho pra sociedade, não retirem isso da lei. Tristeza.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é uma especialidade muito importante para o acompanhamento das crianças desde o momento de seu nascimento. Atualmente, a mortalidade infantil é bem menor do que há décadas atrás, graças a esses profissionais.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho imprescindível a presença de um pediatra na sala de parto, mesmo em partos de baixo risco o recém nascido pode apresentar complicações pulmonares. Pode apresentar malformações não detectadas no pré-natal. Acho um retrocesso tirar o pediatra da sala de parto.Sem contar em como isso será feito, as maternidades terão um pediatra de plantão apenas para partos de risco? Se acontecer de um recém nascido de baixo risco apresentar complicações e for a óbito por falta de atendimento adequado, de quem será a responsabilidade?</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: A proposta de que "não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro." não é adequada e pode causar o aumento do número de mortes de RNs na sala de parto, bem como o aumento do número de crianças com sequelas por hipóxia no período neonatal.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Presença obrigatória e remunerada do Pediatra assistindo o Recém-nascido na sala de parto normal ou cesaria, como garantia de bom atendimento e prevenção de patologias graves futuras, conseqüentemente ao sofrimento fetal mal conduzido. Trabalho na Apae há mais de 20 anos e o número de crianças e adolescentes com paralisia cerebral e outras secundárias à complicações de cestarias é enorme! Absurda e inconsequente essa nova recomendação!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra deve estar presente na sala de parto, seja este natural ou cesariana. É um direito adquirido que não pode ser perdido por questões governamentais totalmente descabidas. É mais um retrocesso na saúde pública, já precária!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra com conhecimento de reanimação neonatologista é imprescindível na sala de parto, já que pode haver várias complicações mesmo em cesarianas aparentemente sem risco inicial. A reanimação deve ocorrer imediatamente após o nascimento, e o primeiro minuto de vida é determinante para evitar sequelados por hipoxia !</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Retirar o pediatra da sala de parto configura negligencia e imprudência. O Ministério da saúde não tem o direito de expor parturiente, recém nato e a equipe médica a riscos simplesmente para economiza dinheiro nesse governo de corruptos Desviam o dinheiro público, dos nossos impostos, para os próprios bolsos e querem economizar na segurança dos procedimentos médicos.</p> <p>2ª: Se o parto vai ser cesariano ou normal, é decisão da mulher e do seu medico e não do governo. E mais uma vez para reduzir custos. Para sobrar para os corruptos</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: 1) Sabemos que a melhor via de parto é a vaginal e que cesariana já era para ser uma indicação quando a via vaginal não é possível o que já fugiria dessa alegação de cesária programada (isso não era para existir, a não ser em caso de mães soropositivas para HIV)2) RN que nascem das famigeradas cesárias programadas quase 1/3 evolui para desconforto respiratório seja TTRN ou persistência do padrão fetal necessitando de oxigenoterapia e muitas vezes VPP em sala de parto e até suporte ventilatório em UTI. Dessa forma, ter um profissional treinado em sala de parto faz-se necessário para atuar rapidamente e prevenir a hipóxia tão frequentemente em bebês mal assistidos principalmente provenientes do interior do estado onde se tem menos recursos e não existe pediatra em sala de parto. Não temos que nivelar por baixo!!!! Temos que lutar por melhorias e fazer o pediatra chegar a todas as maternidades do estado! Chega de hipóxiados!!! Bebês que cronificam e moram nas UTIs NEO poque também não temos um sistema de home care estabelecido. Chega de sucatear ainda mais a saúde! Estamos passando por um período de escassez de recursos na saúde e só acontecendo cortes de todos os lados! Onde vamos parar com isso? Quem sofre é quem não pode pagar um plano de saúde e tem que se submeter ao SUS sucateado!</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Li, com tristeza e indignação, a proposta esdrúxula e inconsequente de não haver a necessidade da presença de pediatra na recepção de recém nato em cesarianas de baixo risco, por suposto baixo índice de complicações ao nascimento. A complicação e a necessidade do pediatra, pode ocorrer a qualquer momento, e, se este profissional não estiver presente, pode ocorrer um dano irreparável e injustificável ao paciente! Uma comparação grosseira, mas cabível, seria desativar unidades do Corpo de Bombeiros, por baixo índice de incêndios em determinada região, deixando a incumbência para pessoas com algum treinamento em combate ao fogo. Vamos fazer propostas para melhorar a saúde do país e não regredir no tempo!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA ENTENDE QUE A ASSISTENCIA AO RECEM NASCIDO NA SALA DE PARTO SEJA REALIZADA PELO MELHOR PROFISSIONAL CAPACITADO , OU SEJA, UM PEDIATRA TREINADO EM TODOS OS PASSOS DA REANIMACAO NEONATAL. INTUBACAO OROTRAQUEAL E INDICAÇÃO DE MEDICACOES PODERAO SER NECESSARIAS E NAO HA TEMPO HABIL PARA UM PROFISSIONAL QUE ESTEJA APENAS ALCANCEL CHEGAR. O PEDIATRA CAPACITADO DEVERA ESTAR PRESENTE EM TODO E QUALQUER NASCIMENTO.O PARTO CIRURGICO POR SI SO JA DIFICULTA A TRANSIÇÃO CARDIOCIRCULATORIA E RESPIRATORIA DA VIDA INTRAUTERINA PARA A EXTRAUTERINA.A PRESENÇA DE MECONIO PODERA SER OBSERVADA SOMENTE O NASCIMENTO E SE ESTE RECEM NASCIDO NASCER HIPOTONICO, BRADICARDICO OU EM APNEIA DEVERA SER INTUBADO PARA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL E INTUBAR E UM ATO MEDICO. SAO SEGUNDOS QUE PODERAO SEM DECISIVOS ENTRE MORRER OU VIVER OU UMA SEQUELA GRAVE POR ANOXIA PERINATAL OU SINDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou completamente contra a retirada da obrigatoriedade do pediatra em sala de parto. Sou anesthesiologista e já vi muitas mães perderem seus filho por falta desse profissional em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Conforme recomendação da Sociedade Brasileira de pediatria há necessidade de um pediatra em qualquer sala de parto, pois mesmo em partos sem fator de risco para o RN pode acontecer de nascer deprimido e necessitar de reanimação. Com este retrocesso vamos perder o minuto mais importante na vida do ser humano e aumentar número de anoxiados e assim onerar o sistema público com reabilitações pois não saberemos como será o prognóstico e qualidade de vida destas crianças. Imaginem uma mãe tendo que andar para fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, neurologia muitas vezes nesta situação deixa de trabalhar e dar atenção para os outros filhos e muitas vezes o marido não aguenta e ainda separa desta mãe que acaba cuidando sozinha de uma criança com paralisia cerebral</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Não há justificativa para este retrocesso na assistência de gestante e recém nascido no momento do parto. A presença de pediatra em todos os nascimentos gerou um ganho de qualidade no cuidado do bebê e não devemos permitir a sua ausência em nenhum tipo de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Instituição de ensino	1ª: A adequada assistência neonatal trouxe segurança a sala de parto e diminuiu a morbidade e mortalidade perinatais. É injustificável que por razões econômicas abdicamos de tal assistência . 2ª: -	
14/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Contrário à decisão do Governo de retirar o pediatra da sala de parto. Tal medida é completamente equivocada e não está embasada cientificamente, podendo trazer grandes riscos ao recém-nascido 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Posicionamento em relação ao atendimento ao recém-nascido, em caso de operação cesariana. Considerando que: Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006). A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios. Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3). Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento. A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica. O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”. Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, a qual reitera que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir. No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Indica-se a seguinte alteração: Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada. Referências Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants.Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU PEDIATRA TITULADA HÁ QUASE 40 ANOS E ACOMPANHEI NO INÍCIO DA CARREIRA RN QUE TINHAM SOFRIDO HIPÓXIA PERINATAL E APRESENTAVAM SEQUELAS GRAVES POR NÃO TEREM UM PROFISSIONAL CAPACITADO NA SALA DE PARTO OU BC; NOS CASOS DE PARTO CESÁRIO, QUANDO O APGAR É BAIXO, O RN NECESSITA DE ENTUBAÇÃO E POR SER ATO MÉDICO DEVE SER REALIZADO PELO PEDIATRA QUE É O PROFISSIONAL HABILITADO PARA ESTE PROCEDIMENTO.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Manifesto-me contra a proposta da CONITEC, no que se refere: “não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante; e recomenda em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal, a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro.” Recomendação final (página 15 e 63): “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”. Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Documento elaborado pela coordenação geral do Programa de Reanimação Neonatal (anexo no item 14) mostra claramente as evidências da importância do Pediatra nos nascimentos por cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto, seja este via normal ou cesariana-esta ainda que eletiva ou em gestantes consideradas de baixo risco, é essencial. Recém-nascidos de gestantes que não tenham apresentado intercorrências durante o pré-Natal também podem necessitar de reanimação após o nascimento, e tal procedimento deve ser iniciado tão logo seja indicado, antes do primeiro minuto de vida do bebê-também chamado de minuto de ouro (golden minute). O pediatra é o profissional mais capacitado para iniciar e manter a reanimação do recém- nascido na sala de parto, e sua ausência pode representar grave risco à vida e saúde dos recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA ENTENDE QUE A ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO NA SALA DE PARTO SEJA REALIZADA PELO MELHOR PROFISSIONAL CAPACITADO , OU SEJA, UM PEDIATRA TREINADO EM TODOS OS PASSOS DA REANIMAÇÃO NEONATAL. ENTRE ELES INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E INDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO DE MEDICAÇÕES, QUE PODERÃO SER NECESSÁRIAS, MESMO EM PARTOS SEM FATORES DE RISCO. A AUSÊNCIA DESTE PROFISSIONAL IRÁ DEIXAR ESTES PACIENTES SEM A MELHOR ASSISTÊNCIA PRECONIZADA, COM RISCO AUMENTADO DE MORTE E SEQUELAS GRAVES, GERANDO SOFRIMENTO PARA ELES E SEUS FAMILIARES,ALÉM DE AUMENTO DE GASTOS COM INTERNAÇÕES PROLONGADAS, EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO, COM PERDA DE CAPACIDADE PRODUTIVA FUTURAMENTE E CUSTOS PREVIDENCIÁRIOS.TAMBÉM ENTENDO QUE ESTA MEDIDA(NÃO OBRIGATORIEDADE DO PEDIATRA EM SALA DE PARTO) FERE O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, POR PERMITIR QUE ESTES INDIVÍDUOS DEIXEM DE RECEBER A ASSISTÊNCIA CIENTIFICAMENTE ADEQUADA NO MOMENTO DO NASCIMENTO.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: É imprescindível a presença do pediatra em qualquer parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é imprescindível para garantir a assistência de qualidade ao recém-nascido. Mesmo aqueles cujo pré-natal tenha decorrido sem intercorrências, visto que, qualquer parto pode ter um desfecho inesperado e o recém-nascido precisar de um profissional habilitado para realizar todas as manobras e medicações de reanimação neonatal. Esse profissional que tem formação para exercer essa assistência é o pediatra. Além disso, mesmo que exista um pediatra para ser acionado o princípio da reanimação neonatal de qualidade está baseado em iniciar as manobras de reanimação antes do primeiro minuto de vida</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A parturiente e o médico devem decidir como será o parto - normal ou cesariana</p> <p>2ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental para preservar a vida do neonato</p>	
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Trabalho há 21 anos em sala de parto e Uti neonatal. Por termos taxas elevadas de partos cesáreas eletivas muitas vezes nos deparamos diante de recém-nascidos de transição que precisam de atendimento com ventilação e pressão positiva. Independente disso, a cesárea se indicada corretamente, por si só já é um procedimento com riscos para o recém-nascido. Fazemos treinamento de nossos pediatras (sou inclusive uma instrutora aqui no DF) para um atendimento efetivo, tão é nossa preocupação com esse momento que irá determinar o desenvolvimento desse novo ser. Retirar o pediatra desse atendimento seria irresponsável e um retrocesso. Não anexar eu documento pois minha contribuição é tardia e só seria repetição de dados.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Divulgação entre colegas</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A retirada do pediatra no atendimento em sala de parto é um retrocesso, indo contra todas as diretrizes de segurança do neonato. Mesmo em partos de gestações não-complicadas, intercorrências podem ocorrer, DE MODO IMPREVISÍVEL. A ausência do melhor profissional para atendimento do neonato (o pediatra) pode resultar no aumento de morbidade e mortalidade dessa criança. É irresponsabilidade do Ministério da Saúde cogitar essa proposta, não deveria nem ser colocada para consulta pública. O "minuto de ouro" do neonato com sofrimento fetal agudo é importantíssimo, se não forem tomadas medidas naquele momento, pelo profissional especificamente treinado para tal, essa criança terá seu destino selado de maneira catastrófica. Espero que o bom senso (e a responsabilidade) voltem a transitar nos quadros do Ministério para que essa proposta absurda seja retirada e esquecida, sob pena de afetar a vida de inúmeras gestantes e seus filhos recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: &amp;#278; uma medida descabida não haver pediatra em todos os partos. O pediatra na sala de parto salva vidas.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: É sabido que os chamados partos de baixo risco também apresentam intercorrências inesperadas, para as quais a presença do pediatra em sala de parto é crucial para qualidade de vida do RN e para o futuro deste na sociedade, evitando inclusive que o estado tenha que arcar com despesas advindas de deficiências diversas que necessitam de terapias e financiamentos constantes . A prevenção ainda é a melhor escolha para que o estado e sociedade sejam beneficiados</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: retirar o pediatra da sala de parto é mais uma forma de retirar obrigações di estado para com o cidadão, no caso um inocente que talvez não terá condições plenas de exercer sua cidadania no futuro</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou pediatra, instrutora do Programa de Reanimação Neonatal, intensivista. Atualmente coordeno a UTI neonatal da Maternidade Odete Valadares (Belo Horizonte - rede FHEMIG) e trabalho na Maternidade do Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves. Indiscutivelmente a presença do pediatra treinado em reanimação na sala de parto para atendimento imediato do recém-nascido após o parto normal ou cesareana é muito importante. O tempo para inicio das manobras e o treinamento do profissional são fatores determinantes para uma reanimação bem sucedida. Sabemos que 90% dos recém-nascidos fazem a transição da vida intra uterina para a vida extra uterina sem problemas. Mas os que necessitam de ajuda precisam ser atendidos da melhor maneira possível. Isto implica em equipamento e equipe treinada. As sequelas decorrentes de mal atendimento em sala de parto podem ser graves e de grande peso para a família e para a sociedade. A prática do pediatra na sala de parto em nosso país já está tão bem estabelecida. Só temos benefícios com esta medida. Estamos prevenindo problemas tão sérios. Me posiciono totalmente contra a recomendação da restrição do atendimento do RN por outro profissional que não seja o pediatra, a não ser em locais onde isto não seja possível. Mesmo assim, temos programas para treinamento específicos de profissionais.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
14/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Sou neonatologista e não entendo qualquer parto sem o neonatologista presente na sala de parto! O que mais vemos são cesáreas sem risco e uma simples dificuldade na retirada do recém- nascido, já o deprime, necessitando de manobras de reanimação! É nais que notória a diminuição da mortalidade perinatal após a presença do pediatra em sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
14/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença do Pediatra em sala de parto é de fundamental importância em toda e qualquer ocasião, seja no baixo risco ou alto risco. As diretrizes de reanimação neonatal prezam pelo minuto de ouro, onde um bom manejo do recém nascido que necessita de reanimação evita sequelas neurológicas para o paciente. O profissional indicado a realizar manobras de reanimação avançada é o Pediatra, e não se pode prever quais RNs precisarão ou não de assistência. Apesar do baixo risco, o percentual de pacientes que necessitar da reanimação e não tiver direito a ser assistido pelo profissional mais habilitado para tal terá maior chance de sequelas e prejuízos à saúde além de óbito em sala de parto. Retirar o Pediatra da sala de parto é uma medida arbitrária que privará os pacientes da melhor assistência que ele pode ter nos minutos que definirão o resto da sua vida. Os gastos com crianças hipoxiadas aos hospitais, ao Governo e à família com certeza serão superiores ao investimento na assistência básica no momento do parto, com a assistência adequada, dada pelo profissional mais indicado, o Pediatra. Essa contribuição é a favor da vida de inocentes, que não podem ser prejudicados por medidas sem fundamentos como essa da retirada do Pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho que a gestante tem direito de decidir que tipo de parto deseja, e tem o direito de optar pela cesárea, caso não se sinta confiante em ter parto normal. Obrigar a paciente a ter parto normal, sem estruturas necessárias, é correr o risco de aumentar o índice de crianças com problemas neurológicos graves futuramente!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Infelizmente , historicamente faltam em todos os níveis do nosso país mecanismos de fiscalização, controle e avaliação. Só e somente só por este motivo, temos estes índices alarmantes de cesarianas. Quando precisamos mecanismos regulatórios recorremos aos instrumentos de países como os "guidelines" ora utilizados. Transpor simplesmente estes dados para a nossa realidade iremos transformar o problema numa ameaça ainda maior pois teremos uma regra adaptada de centros modernos, mas sem controle. Se já faltam pediatras e neonatologistas ou se já temos dificuldades para localiza-los , imagine-se criando uma marco regulatório que abra uma janela para que não precise mais a sua presença. Quais as vítimas deste cruel desfecho? Justamente aquelas mulheres pobres pacientes do SUS , às quais queremos proteger. Não seria muito mais lógico, coerente e prudente elaborar a partir destes dados uma profunda análise que explique o que levou o país a ter este número de procedimentos desnecessários? Será que tirando o neonatologista nas cesarianas de baixo risco, resultará num decréscimo no seu número? É obvio que não. Então não seria mais produtivo atuar sinergicamente com as entidades reguladoras da atividade médica, criando uma regulação em que o Governo fosse realmente capaz de controlar essa verdadeira epidemia de procedimentos desnecessários? Afinal as campanhas de vacinação compulsória não erradicaram várias doenças? Exemplo atual é a intervenção dos órgãos sanitários para o controle da Dengue ou não é? A grande dúvida é sempre a INTENÇÃO do gestor público. Será que interessa ao Governo atacar o problema na sua origem? Obviamente é mais fácil pegar uma diretriz Inglesa e outra Francesa ,adaptá-las ao nosso país e depois periféricamente criar uma fato aparentemente irrelevante, mas com imensas repercussões sociais. Pois também mais esta diretriz não será fiscalizada porque simplesmente não tem mecanismos efetivos de controle. Imagine-se o custo intelectual e financeiro para a elaboração de um documento robusto como este. Fico imaginando que cenário patético , um agente de saúde pública , pertencente a um órgão regulador da saúde com esta Diretriz debaixo do braço, tentando implanta-la numa maternidade pública que são as que mais ocupam o horário nobre da imprensa , sobre as mazelas da saúde pública no Brasil. Se não fosse trágico, seria cômico. Em suma a Diretriz é absolutamente correta se aplicada no país correto, com a saúde pública em nível de excelência buscando um aprimoramento e refinamento de seus executores e um ganho para a suas população. No nosso caso ainda temos um longo caminho a percorrer . Já que estas mulheres jogadas nestas maternidades públicas Brasil afora , sequer podem escolher seu médico, deixemos que pelo menos todos os brasileirinhos sem exceção tenham o direito ao pediatra quando nascem. mesmo que os franceses e Ingleses nos mostrem o contrário...Esta Diretriz, diriam alguns já é um começo. Alguma coisa estamos fazendo, diriam outros. Mas a lógica e a evidência prática acima, muito acima da científica nos diz o contrário. Saim em caravana pelas nossas maternidades e hospitais públicos, as mesmas pessoas que interpretaram as meta-análises, revisões sistemáticas, estudos de coorte etc. etc. Somente precisam se responder a si próprios se toda essa evidência científica teria com ser aplicada nesta cruel realidade. Temo que sentiriam o gosto amargo de ter feito um trabalho tão brilhante e fundamentado em vão. O remédio é excelente , da melhor qualidade mas certamente não acabará com a causa do problema. Agradeço a oportunidade e cumprimento acima de tudo por submeterem o tema à consulta popular. Prova de que vivemos numa jovem mas sadia democracia.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		2ª: -	
15/05/2015	Sociedade médica	1ª: Acho que deve haver um pediatra na sala de parto 2ª: -	
15/05/2015	Outra	1ª: ola,sou pediatra ha 24 anos,atuie em neonatolgia por 16 anos,,e posso contribuir dizendo que é essencial a presença do pediatra na sala de parto,pois ha situações em que aquilo que em primeiro momento esta transcorrendo bem num parto vaginalou cesarea pode complicar e vice-versa tambem é verdadeiro,aquele parto de caracteristica complicador,pode evoluir super bem ao nascimento.Oque vemos infelizmente,e nao é de hoje,a falta de profissionais na area de pediatria ,por desestimulo finaceiro,ja que se trata de uma especialidade sem procedimentos,ou seja,a remuneracao esta baseado apenas nos procedimentos realizados,nao incorporando outros,como ocorre em outras areas.Foi o meu tempo,e nao faz muito tempo,que o profissional atua em sua area por gostar,ou seja,amor a profissao.Infelizmente nao vimos isso hoje.Capacitar outros profissionais para atuar nessa area de recebimento do rn-neonato- apenas estaremos desestimulando mais ainda a formacao medica do pediatra.Fico triste com essas medidas se forem aprovadas.Obrigado pela oportuidade 2ª: -	
15/05/2015	Outra	1ª: QUE AS MULHERESE A SEREM TRATADAS COMO MÃES RESPEITEM O PARTO NATURAL E A PESSOA MULHER, CAPACITADO OS PROFISSIONAIS QUANTO AO QUE FAZER PRA QUE ESSA MULHER TENHA UM PARTO NORMAL. O QUE VEMOS E OUVIMOS SÃO MÉDICOS QUE ESCOLHEM O PARTO CESÁRIO PELAS FORMAS MAIS ESTÚPIDAS NÃO SEI SE POR NÃO SABER COMO AGIR COM A GRÁVIDA OU APENAS PELO INTERESSE QUE O PARTO SEJA CESÁRIO. 2ª: -	
15/05/2015	Sociedade médica	1ª: Sou terminantemente contra a retirada do pediatra da sala de parto. Essa medida vai colocar em risco a vida dos recém nascidos. 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é imprescindível independente da via em que for realizada o parto. Problemas podem acontecer em qualquer situação, e a não realização do atendimento de imediato acarretará lesões sérias com sequelas irreversíveis no futuro. Trabalhei muito tempo com crianças especiais e muitas sequeladas devido a asfixia perinatal por falta de cuidados médicos.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho em sala de parto há nove anos e já vi muita enfermeira, técnicos em enfermagem e até médicos não-pediatras fazerem reanimação de forma errada, com sérias consequências para o bebê, exemplo, estimular/ambuzar o recém-nascido deprimido banhado em mecônio...</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: "O neonatal precisa da melhor assistência possível ao nascimento, ou seja, médico dermatologista. Desta forma, caso ocorra algum imprevisto, por exemplo, aspiração meconial que pode evoluir para parada cardio respiratória, haverá um profissional capacitado para reverter tal situação e evitar sequelas de uma parada cardiorrespiratória e os custos que está pode causar aos pais e Estado, além de evitar mortes de tais recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O neonato precisa da melhor assistência possível ao nascer, para que mortes e sequelas não ocorram, caso aconteça algum imprevisto. Por tal motivo, é indispensável a presença de um médico neonatologista na sala de parto, independente do decorrer da gestação.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O minuto de ouro (golden minute) foi estabelecido para que a assistência ao RN na sala de parto seja realizada de forma eficaz e se evitar mortes ou sequelas ao RN. Partos, sejam vaginais ou cirúrgicos, bem conduzidos, com fetos a termo, sem condições ou fatores de risco podem se complicar no periparto. a presença do pediatra é essencial a esta assistência eficaz. Retirar o pediatra da sala de parto de cesárias a termo sem fatores de risco é absurdo e um ato contra a vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: a assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A normatização de condutas propostas em Diretrizes que se baseiam em evidências científicas devem sempre sinalizar para que estas normativas sugiram a melhor prática, porém sujeitas ao tirocínio clínico individualizado na assistência, mesmo porque embora as evidências possam caminhar num determinado sentido, nem sempre as pesquisas de natureza clínica respondem satisfatoriamente aos nossos questionamentos e podemos chegar a conclusões potencialmente equivocadas. Exemplo: a versão externa como recomendação para apresentação pélvica não leva em conta os motivos pelos quais esta apresentação assim está disposta e como norma, irá impor riscos desnecessários aos mais incautos que seguirem as recomendações. Desproporção céfalo-pélvica é diagnóstico clínico durante o trabalho de parto e leva em conta a evolução, isto é, dilatação cervical com parada de evolução fetal com fenômenos plásticos. Indicação de cesárea por feto grande ou vício pélvico não chama desproporção. A tentativa de parto em gestantes com duas ou mais cesáreas não é boa prática mesmo que não encontrem base na literatura para respaldar a indicação de cesárea. Insistir no parto vaginal a qualquer custo vai repercutir em maior morbi-letalidade materna e fetal. Finalizando: acredito que a grande parte das conclusões estão boas, porém, deveriam ser encaminhadas às sociedades de especialistas que poderiam encaminhá-las aos professores de Obstetrícia, que somos quem ensinamos aos futuros especialistas, com tempo hábil, para podermos nos manifestar e compartilhar as informações e não termos diretrizes propostas de cima para baixo por um colegiado que não necessariamente estão afeitos à prática obstétrica.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A participação do pediatra é fundamental na sala de parto independente das indicações e situações clínicas na qual se encontra a gestante. Situações imprevisíveis podem acontecer durante o nascimento do bebê com anoxia no qual comprometerá o seu desenvolvimento neuropsicomotor por toda sua vida e custos para a família e também ao Estado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Inclusive em cesáreas eletivas a presença de profissional capacitado (de preferencia pediatras) pode e muito diminuir a mortalidade neonatal por asfixia. Milhares de trabalhos científicos apresentam evidencia de risco para necessidade de ventilação com pressão positiva em recém-nascido a termo mesmo que nao tenham risco descrito no pré-natal. Portanto é uma irresponsabilidade não ter um profissional capacitado em cada nascimento em nosso País. Mudar um procedimento que já é baseado em evidencias seria retroceder anos a assistência médica no País. Refletir sobre as condições de parto e nascimento é louvável, mas tirar o direito de assistência digna na hora do parto é correr um risco para aumento da mortalidade neonatal precoce por asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Durante 6 anos de trabalho com neonatologia vivenciei diversos momentos de recém-nascidos a termo nascidos de parto cesáreo com Apgar de primeiro minuto menor que 4, sendo necessário manobras de reanimação. Não foram poucas as vezes que precisei entubar bebês nestas condições. O primeiro minuto de vida do bebê é o mais importante. Uma reanimação em condições inadequadas podem condenar a vida desta família para sempre. Para esta família, o 1% passa a ser 100%. É esta explicação que daremos para a família? Que o bebê dela é uma minoria que precisaria do pediatra no momento do parto? Esta medida é um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	<p>1ª: O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas na reanimação por máscara e se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Katwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. A reanimação de um RN em sala de parto é vital para o bom prognóstico do neonato e deve ser realizada por pediatra treinado para esse tipo de procedimento. A ausência de profissional capacitado para o atendimento nasala de parto tem reflexo direto sobre a chance desse RN sobreviver com uma boa qualidade de vida. Effect of place of birth and transport on morbidity and mortality of preterm newborns Breno F. Araújo<sup>1</sup>, Helen Zatti<sup>2</sup>, Petrônio F. Oliveira Filho<sup>3</sup>, Márcio B. Coelho<sup>4</sup>, Fabriola B. Olmi<sup>4</sup>, Tatiana B. Guaresi<sup>5</sup>, José M. Madi<sup>6</sup> Influência do local de nascimento e do transporte sobre a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros. J Pediatr (Rio J). 2011;87(3):257-262:</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
15/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda ( <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a> ) que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Concordo plenamente com a redução do número de cesarianas mas deixar nossos recém-nascidos sem a proteção de um profissional altamente habilitado em Reanimação pediátrica e neonatal é muito arriscado. Trabalho Trabalho como Neonatologista e presencio essa necessidade todos os dias.Recomendo que busquem uma revisão de literatura voltada para os cuidados com o recém-nascido durante o nascimento, pois ao ler sua publicação só vejo coerência no que diz respeito aos cuidados com a gestante. Ficou esta lacuna e tenho certeza que ao fazerem esta revisão os senhores chegarão a conclusão de que é imprescindível a presença do médico pediatra na sala de parto normal e cesarianas.Respeitosamente,Dr.Luiz Olavo Leão de Araújo CRM AM 6515</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A permanência de um pediatra em sala de parto é imprescindível ,independente do tipo de parto ou idade gestacional.As intercorrências pode ocorrer em qualquer situação e se não houver reanimação no primeiro minuto de vida o prognóstico do recém nascido será pior</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A cesariana quando realizada sob indicações médicas específicas, é uma cirurgia essencial para a saúde materno-infantil. Porém, pode levar ao aumento do risco de complicações graves quando realizada sem indicação correta e adequada. Está havendo um excessivo uso de cesarianas, de forma desnecessárias, onde tem tornado e um atendimento sem qualidade, sem humanização, sem a utilização das boas práticas, isso é inadimicivel, temos que dar garantia do atendimento e principalmente a liberdade de escolha da mulher, por isso garante a ética.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Precisamos melhorar os serviços públicos ,melhorar a qualidade Dando condições adequadas p nós médicos dar melhor assistência! A presença do pediatra na sala de parto é assistência integral ao RN, , princípios do SUS. Não se pode prever um nascimento normal e um nascimento em que o recém nascido necessitará de assistência própria do pediatra( ex assistencia ventilatoria que define viver ou morrer p a nova vida que chega) a não ser estando o profissional médico na sala de parto!Portanto não concordo c essa nova medida no que diz respeito a ausência do pediatra nas salas de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho absurdo não ter pediatras em sala de parto, sendo que a maiores complicações são durante o parto normal. Futuramente veremos o reflexo com crianças neurologicamente afetadas e o aumento do numero de obitos de RN.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: vergonha nacional em relação as nossas crianças,queria ver se um dos filhos desse pessoalusaria a sala de parto sem pediatra</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Essa recomendação não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis.Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero FUNDAMENTAL a presença de um PEDITRA treinado em reanimação neonatal, inclusive com atualizações recentes, para receber o Recem-Nascido. Uma vez que o minuto de ouro e as atuações na reanimação são decisivas e traçam o destino do mesmo, reitero ainda a necessidade de maiores investimentos em maternidades, com equipamentos como o blender, tão raros na sala de parto, mais inteligentes do que os gastos futuros com reabilitações dessas crianças.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: não deixar o pediatra na sala de parto em partos considerados de baixo risco muitas vezes não acontecerá nada, pois a probabilidade é que ocorra tudo bem, porém há uma porcentagem que dará, infelizmente, algum problema e assim precisará de uma assistência pediátrica urgente. Recepção neonatal é muito imprevisível, por mais que esteja tudo bem durante a gestação inteira algumas vezes acontecem situações inesperadas, logo a presença do profissional habilitado diminui as chances de uma situação com sequelas futuras. E não basta apenas um pediatra formado, de preferência um neonatologista ou um pediatra com curso de reanimação neonatal atualizado!</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Apresentação Pélvica (pags. 10 e 29)As manobras de cesárea foram praticamente proscritas da obstetricia moderna, só se justificando em feto sem vida ou inviável. Isso se deve ao risco elevado de traumas fetais, com lesão medular e de coluna</p> <p>2ª: Gestação Multipla (pgs. 10 e 29)Com essa recomendação certamente ocorrerá prejuízo financeiro para os prestadores, pois nenhuma operadora e nem o SUS arcarão com o pagamento de dois procedimentos: o primeiro, parto Normal e se o segundo gemelar tenha apresentação pélvica e seja necessária uma cesariana na sequência. Ambas as sugestões de alteração do texto têm respaldo e acordo da Sociedade Paraense de Pediatria.</p>	
15/05/2015	Outra	<p>1ª: participação</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Não concordo de forma alguma com o fim da presença do pediatra na sala de Parto. Absurdo!! Tive dois filhos através de cesariana. A primeira pergunta que fiz, foi obviamente ao pediatra: como está meu bebê? Pergunta essa que não pode ser respondida pelo obstetra tampouco por seus auxiliares. NÃO ao fim da presença do pediatra na sala de Parto</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é necessária para reduzir a morbimortalidade neonatal e evitar as sequelas neurológicas nos recém nascidos que necessitarem de reanimação neonatal, pois mesmo em gestações de baixo risco, pode ocorrer intercorrências. O pediatra é um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal e, portanto, o melhor profissional para realizar a reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do neonatologista na sala de parto, independente do risco durante a gestacao, eh essencial para o bem estar do recém nascido uma vez que complicacoes podem ocorrer no pos parto ,mesmo sendo gravidez de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Não há sentido em tirar o pediatra da sala de parto mesmo em cesarianas de baixo risco. Muitos recém nascidos precisam de assistência com bolsa-valva - mascara neste tipo de parto. O minuto de ouro, descrito pelos treinamentos de reanimação neonatal, é fundamental para a vitalidade naquele momento do nascimento e na sobrevivência do paciente após.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo submeter o recém nascido ao risco de nascer sem assistência médica adequada, mesmo que de baixo risco. As complicações não são raras. Vemos acontecer com muita frequência.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: sou contra</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Que o pediatra neonatal seja obrigatório em partos normais ou cesáreos</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989). Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4.9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995). Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob &amp; Pfenninger, 1997). Na Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &amp;#8805;37 semanas e peso ao nascer &amp;#8805;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior do procedimento nos nascidos via cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998). Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000). Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &amp;#8805;37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006) Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidos de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de</p>	

ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). Em Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grandemagnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood & Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo (<http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf>). *J Paediatr Child Health*. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. *Resuscitation*. 2012;83:869-73. *J Perinatol*. 2000;20:101-4. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012. Wood FE, Morley CJ *Semin Fetal Neonatal Med*. 2013;18:344-51. Maria Fernanda B de Almeida e Ruth Guinsburg *Coordenação do Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria* E-mail [reanimacao@sbp.com.br](mailto:reanimacao@sbp.com.br)

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		2ª: -	
15/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	1ª: É inadmissível essa proposta, tirar o direito de um recém-nato a ter um profissional na hora de seu nascimento. Sabendo-se que ,um segundo que seja pode ser fatal. 2ª: -	
15/05/2015	Sociedade médica	1ª: Absurdo tirarem o pediatra da sala de parto!!! Isso mostra a pouca preocupação ou nenhuma que o governo tem com os que possuem baixo poder aquisitivo, são os que mais vão sofrer com essa decisão!! Não existe ninguém capacitado para realizar qualquer manobra diante de um recém nascido que não seja um pediatra, e não existe exame que se faça que garanta que aquele recém nascido não evolua com algum distúrbio ao nascer, e ninguém estar lá capacitado para reconhecer o sintoma!! Vamos voltar a era dos primatas depois de tanta evolução!! Absurdo! Podia ser deste governo descompromissado com a saúde pública, o mesmo que trouxe "médicos" cubanos que estão aí errando grandemente com os pacientes!!! 2ª: -	
15/05/2015	Outra	1ª: ACHO IMPRESCINDIVEL A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO, EVITANDO ATRASO NO ATENDIMENTO DO RECEM NASCIDO QUE NECESSITE. ESSE ATRASO SIGNIFICA ANOXIA NEONATAL, COM SEQUELAS PERMANENTES 2ª: -	
15/05/2015	Outra	1ª: Como usuária do serviço público, acho absurdo não ter um pediatra no serviço de parto, seja cesariana ou parto normal. Cada médico com sua especialidade deve cumprir seu papel. Parece que o governo quer cortar gastos que ele julga desnecessário. Será que algum autor desta consulta teria um filho sem a presença de um pediatra na sala de parto? Duvido muito. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência do pediatra na sala de parto acarretará prejuízo na qualidade de vida dos recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Estou em desacordo com o documento elaborado pelo MS tendo em vista que as evidências científicas comprovam a necessidade do pediatra para o atendimento em sala de parto, conforme referências abaixo. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: No item: "Cesariana a pedido" ... creio que a parturiente apesar de ter o seu desejo respeitado, não podemos considerar sua opinião neste caso, como a escolha da cesariana seja realmente a forma mais resolutive. Alternativas podem ser tomadas antes mesmo da contribuição da Psicologia. Esse item está direcionando a parturiente à escolha cirúrgica, ao invés de incentivá-la ao parto normal.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudos comprovam a necessidade de ter pediatra na sala de parto. Os mesmos comprovam a diminuição da mortalidade e da morbidade quando o profissional competente e treinado prestam assistência ao recém nascido. Esperamos que não regressamos aos anos 70.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como neonatologista entendo que mesmo nos partos sem fatores de risco, podem ocorrer situações patológicas na transição da vida fetal para neonatal, que somente o médico poderá atuar. Atualmente segundo a SBP é obrigatório a presença do pediatra treinado em sala de parto para minimizar as consequências de asfixia perinatal. Ver protocolo de reanimação neonatal normas 2011 da SBP.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é peça importante em sala de parto, garantir a presença dele foi no passado contribuir com redução dos índices de mortalidade infantil, será um retrocesso excluí-lo, principalmente no que se trata de parto cesáreo. É contraditório com os objetivos do milênio da OMS.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a determinação de profissional treinado em reanimação neonatal obrigatório somente nos partos por via cesariana ou considerados de risco. O pediatra treinado deve estar em todos os partos já que 10% de todos os rns necessitam de alguma manobra de reanimação e 1% precisa chegar ao uso de adrenalina ou massagem cardíaca, que deve ser feito por médico pediatra</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Como Fonoaudióloga já atendi muitas crianças com sequelas de paralisia cerebral em decorrência de intercorrências no parto quando tudo havia corrido bem durante a gravidez.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a retirada de pediatras da sala de parto, independente do grau de risco do nascimento. Sou contra a obrigatoriedade de via de parto sem a opinião da gestante.Seja cesárea ou natural. A decisão deve ser conjunta do medico mais gestante.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: absurdo e sabido que a cada dez nascimento 1r n necessita do auxilio do pediatra para iniciar a respiração</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Outra	1ª: Não tirem os pediatras da sala de parto! 2ª: -	
15/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Acho extremamente necessário o treinamento multiprofissional em reanimação neonatal. Durante o procedimento, nem sempre um único profissional é suficiente para realizar todas as manobras necessárias. Entretanto, um curso de 8h de duração (ou qualquer outra duracao) não substitui a formação médica do pediatra (6 anos de graduação, 3 anos de residência médica em pediatria, 2 anos de residência em neonatologia), sendo portanto o pediatra o profissional mais indicado para as salas de parto. É arriscado sugerir a não necessidade do mesmo pois pode dar margem a interpretações equivocadas, piorando os índices alcançados com os programas de reanimacao neonatal da SBP no intuito de reduzir os casos de hipóxia e sua sequelas. 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria. Concordo integralmente com a SBP. Essa recomendação (dispensar o pediatra do atendimento do RN em partos cesareos) não está baseada nas melhores evidências científicas disponíveis. Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Eduardo da Silva Vaz</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de registrar a importância do pediatra em sala de parto. O pediatra como profissional não apenas preparado, mas disponível no momento do parto para assistência ao recém nascido é essencial. Temos uma "janela de ouro" de intervenção nos primeiros minutos de vida. Apesar de saber que em partos de baixo risco a necessidade de intervenção pode ser relativamente pequena, uma porcentagem significativa de crianças PRECISA de alguma intervenção de forma rápida e acertada para garantir um bom prognóstico.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Empresa	<p>1ª: Pediatra e necessário na sala de parto.</p> <p>2ª: Pediatra e necessário na sala de parto.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um retrocesso esse tipo de proposta. Coloca em risco a saúde do recém-nascido, além de sua qualidade de vida. Esse é um tipo de assistência que cabe ao médico especialista- neonatologista!!</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de uma equipe completa e bem treinada é fundamental para um atendimento de qualidade na sala de parto, independentemente da região assistida, do tipo de parto e nível de risco neonatal. Todo profissional de saúde capacitado conhece os riscos envolvidos no trabalho de parto e período perinatal para o binômio mãe-bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo é necessário o pediatra</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Todo parto de feto vivo deve ser assistido por pediatra mesmo de baixo risco pois, por mais que seja menor, sempre há o risco se complicações ao recém nascido e o pediatra habilitado é a chance de reduzir mórbi-mortalidade.</p> <p>2ª: Todo parto de feto vivo deveria ser assistido por pediatra mesmo de baixo risco pois sempre há possibilidade de complicações e a presença do pediatra habilitado é a chance de reduzir a mórbi-mortalidade para o recém nascido.</p>	
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de um pediatra na sala de parto é de fundamental importância para garantir uma assistência adequada ao recém-nascido. O fato de uma gestação transcorrer normalmente, sem intercorrências não assegura de que o parto e o período perinatal assim o serão. A medicina não é uma ciência exata. O nascimento de um ser humano, apesar de fisiológico, é um momento de grande vulnerabilidade para o binômio mãe-bebê. Qualquer falha na assistência nesse momento vai repercutir para o resto da vida do(a) brasileiro(a) que acaba de nascer, sua existência será marcada para sempre a partir do seu nascimento. Precisamos garantir o nascer cidadão neste país com a presença do pediatra na sala de parto para recepcioná-lo com amor e as técnicas de reanimação após o trauma de vir à luz. Corroborando este apelo há na literatura médica/pediatra brasileira e mundial uma vastidão de livros, artigos, pesquisas que embasam a necessidade deste profissional na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
15/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Minha opiniao como Medica Pediatra e Neonatologista é de que se trata de um tremendo retrocesso achar que a presença do pediatra na sala de parto de uma cesareana eletiva e teoricamente sem riscos é desnecessarea. Jamais saberemos se aquela criança nascera bem e nao precisará de cuidados nos segundos iniciais de sua vida os quais, sao imprescindiveis para evitar uma hipoxia neonatal e uma futura criança encefalopata. Deixo aqui minha indignação com tamanha crueldade a nossas crianças!</p> <p>2ª: -</p>	
15/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Acho que a operação é uma artifício que os obstetras possuem, juntamente com a escolha da paciente, fora os casos de emergência em que vidas são salvas em questão de minutos</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: 10% dos recém nascidos necessitam de Ventilação com pressão positiva ao nascimento, como fazer se não há profissional treinado em reanimação?</p> <p>2ª: Sem o profissional treinado o número de asfixiado começará a aumentar...</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: o parto cesario, mesmo classificado como baixo risco, é imprevisível. retirar o pediatra da sala de parto é arriscado á vida do recém-nascido</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contrária à retirada da assistencia do pediatra ao neonato em sala de parto de cesariana de baixo risco</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito que o pediatra deve estar presente em todos os tipos de parto. Apesar de ser rotulado como baixo risco , o parto cesariano, em si, já acarreta possibilidades de complicações para o bebê. Diversas vezesjá nos deparamos com surpresas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É fundamental a presença do pediatra na sala de parto. assim como é essencial uma consulta pediátrica pré- natal que poderá ser realizada na 32 semana de gestação.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Pediatra na sala de parto é insubstituível. Sabemos que a condição de nascimento no bebê é imprevisível. Mesmo que não haja sinais de sofrimento intraútero a criança pode nascer mal e necessitar de assistência médica especializada. Sabemos que em 10 por cento dos partos teremos bebês deprimidos. Caso não recebam assistência adequada poderão ter graves sequelados ou irem a óbito. Os sequelados oneram enormemente o sistema de saúde. Não seria melhor prevenir? Com certeza sim. O pediatra é o único profissional capaz de assistir bem uma criança em sala de parto e restabelecer suas funções caso seja necessário.</p> <p>2ª: Pediatra é o profissional que está apto a oferecer a assistência desde o bebê sem risco até aquele que nasce e precisa de ser ventilado e receber infusão de drogas. quem mais poderia oferecer a assistência completa? Ninguém.</p>	
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de expressar minha experiência, inclusive tendo que realizar (raros, graças a Deus) partos sem pediatra na sala e o quanto é temerário imaginar que antes do parto, em si, temos como prever intercorrências. Muitas vezes ao longo do parto há modificações que vão além do que um médico só possa evitar complicações, muitas vezes irreversíveis por toda a vida, outras vezes fatais, apesar de muitas vezes nada de mais acontecer. Gostaria muito de viver num país em que todos tem acesso ao cuidado a saúde, como previsto na Constituição, e não apenas para quem puder pagar. Gostaria que todos tivessem chances iguais de nascer e viver. Espero que não nos seja tirado mais este direito.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Necessidade de pediatra na sala de parto para assistir a todos os RN nascidos vivos independente da idade gestacional e de fatores de risco na gestação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que: o parto por via cesariana, por si só, aumenta a dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intra para a extrauterina, podendo, como a literatura demonstra, aumentar as taxas de necessidade de ventilação com pressão positiva em recém-nascidos nascidos de parto cesárea, quando comparados aos nascidos de parto vaginal; que o recém-nascido merece a assistência pelo profissional mais capacitado para facilitar esse momento de transição, visando menor morbimortalidade associada às dificuldades no momento do nascimento, passíveis de ocorrer mesmo em recém-nascidos cujo pré-natal foi considerado de risco habitual; diante de tais considerações faz-se sempre necessária, em meu entendimento, a presença do pediatra em sala de parto por ser o profissional mais capacitado para receber o recém-nascido logo após o nascimento, salvo em situações quando o parto ocorre em regiões distantes de centros urbanos e a presença do pediatra não é possível. Situações estas em que o recém-nascido deve contar com outro profissional habilitado para atendê-lo, cujas atenções estejam voltadas exclusivamente para o seu atendimento.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra deve estar presente em TODOS os partos (de urgência ou eletivos, normais ou cirúrgicos)</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Há um enorme risco para o bebê, mesmo nos partos cesareas, quando a gestação nao foi de risco, de o bebe nascer com alguma necessidade de reanimação neonatal. Tal reanimação deve ser realizada por profissional capacitado e experiente. Acho um absurdo deixar um bebê correr o risco de ter uma sequela por falta de reanimação adequada. O pediatra é imprescindível na sala de parto, seja um parto de alto risco ou não. Sabemos que mesmo partos ditos de baixo risco evoluem com necessidade de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra, atendo RN em sala de parto e por várias vezes atendi bebês com Apgar menor que 3, necessitando de reanimação imediata. O custo benefício deste atendimento e a recuperação dos RN, levando a uma vida produtiva que gerará riqueza e não aos gastos pelo estado por toda vida da criança, e pela família que teria dias e dias de ausência de seu trabalho além de todo estresse emocional que uma criança com atraso global do desenvolvimento ocasiona na família. Por fim, a própria criança, cidadã, necessita do melhor atendimento possível para si, neste momento crítico do nascimento, que é um pediatra ao seu lado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Retirar o termo "gestantes HIV positivas" substituindo por "gestante vivendo com HIV".Decidir se a CV de HIV para indicar cesareana é menor que 400 ou que 50 cópias/ml - dado confuso pag 11 e 12 e pag 39 e 40 - sugiro resolver se a indicação de cesareana no PCDT CESAREANA é para CV &lt; 400 ou menor que 50</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em 20 de trabalhando como neonatologista em sala de partos, aprendi que mesmo quando não há nenhum indicativo de sofrimento fetal o Rn pode nao nascer vigoroso ,necessitando durante este primeiro minuto de vida, que é de grande importancia e determinante , de ajuda para fazer esta travessia da vida intra para a extra uterina, e estar com tudo pronto e a espera deste nascimento tb é determinante, assim sendo nao é nem razoavel, tirar dos rns este direito de uma assistencia capaz e competente em um momento tao importante e crucial.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Apucarana. 16 de maio de 2015.Senhores (as);A presença do Pediatra se faz necessária a partir da fecundação. É ele o profissional que estuda as relações biológicas entre o binômio mãe filho até a vida adulta e independente do novo indivíduo. Relações mediadas e firmadas pela evidência dos primeiros 1000 dias de vida.No período perinatal a necessidade pediátrica não se faz SÓMENTE, na reanimação neonatal, mas sim ao longo de todo o período neonatal, no estabelecimento do vínculo materno-infantil, ajuda nas dificuldades de amamentação e cuidados perinatais. Pela idade de labuta pediátrica, me lembro muito bem, do tempo em que não era disponível o pediatra na sala de parto e quanto fazia falta, já que, novamente, cito, o pediatra participa, auxilia e estabelece desde o parto; a logística da relação da mãe e da família com o recém-nascido.Trata-se de imenso retrocesso a retirada do Pediatra da assistência ao parto mesmo sem risco.Luiz Carlos Busnardo. CRM Pr. 9471. Especialista em Pediatria e Puericultura. Instrutor do Curso de Aprimoramento em Nutrologia Pediátrica (Sociedade Brasileira de Pediatria), Coordenador da Residência Médica em Pediatria do Hospital da Providência Materno Infantil de Apucarana, Pr.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como obstetra, afirmo que é uma total regressão na qualidade da assistência prestada ao recém nascido, a ausência do(a) pediatra mesmo em situações de baixo risco. Situações não esperadas podem ocorrer e deverão ser imediatamente sanadas pelo pediatra para não ocorrer riscos de sequelas cerebrais. Não adianta o pediatra ser chamado quando o dano já ocorreu.....</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é imprescindível, já que a detecção de sofrimento fetal é ato médico, devido ao caráter de diagnóstico, o qual não é substituível por outro profissional. A substituição deste profissional por outro levaria a casos de sofrimento fetal não-identificados com sequelas irreversíveis ao neonato.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra ao absurdo de não se ter mais pediatra em sala de parto de cesariana de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Revisão sobre a participação do Pediatra /Neonatologista na sala de parto independente da indicação da cesariana. A participação do pediatra é fundamental na assistência ao recém-nascido.Revisão da pagina que trata do tema Protesto contra os termos que estão redigidos sobre a ausência do profissional qualificado na assistência técnica ao bebê recém nascido através de cesariana</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho essencial a presença de um pediatra em qualquer sala de parto e a escolha entre um parto normal e uma cesariana deve ser feita pelo obstetra no momento do parto ou se houver alguma comorbidade que determine que seja feita cesariana pré agendada.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica residente de pediatria já vi vários casos em que recém nascidos sem fator de risco algum de complicação, nascidos por parto cesárea ou vaginal, necessitaram de reanimação neonatal em sala de parto e inclusive alguns deles necessitaram de internação em uti neonatal. Estudos mostram que 10% dos rn`s precisam de algum atendimento especializado no momento do nascimento. Negligenciar esses números é negligenciar o cuidado para com essas pessoas. Creio que a ideia é evoluir e não retroceder nos cuidados com a saúde pública. Abrir mão de pediatra em sala de parto é assumir o risco de aumentar gastos públicos com atenção secundária e terciário num futuro próximo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Mesmo nos casos de cesarianas eletivas, há aumento das complicações não respiratórias relacionadas com a adaptação neonatal, tais como hipotermia, hipoglicemia, bem como do risco de dificuldade respiratória, que nem sempre é benigna e auto-limitada, pois o recém-nascido pode ficar gravemente doente, necessitando internação em unidade de terapia intensiva neonatal. Assim, durante o período de grande vulnerabilidade que é o nascimento, a presença de profissional pediatra treinado é fundamental para garantir atendimento imediato e apropriado a todos os recém-nascidos, determinando os melhores resultados.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retirar pediatra da sala de parto de baixa de complexidade, é retrocesso pois apenas o pediatra é apto a entubar e dar Assistência adequada ao RN diminuindo assim a morbimortalidade e sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Conforme relatório divulgado e encaminhado pela Sociedade Brasileira de Pediatria com estudos e comprovações técnicas é um absurdo a retirada do pediatra da sala de parto, em qualquer tipo de parto, seja normal ou cesárea com o risco de contribuir para o aumento da mortalidade neonatal. O fato de ser parto de "baixo risco" não é garantia de que não possa haver complicação.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto não deverá ocorrer somente nos casos em q há indicativo de emergência e risco de vida para o bebê. Durante um atendimento eletivo pode ocorrer situações em que a vida do RN corre risco.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
16/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: só participar da pesquisa</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOBRE A ASSISTÊNCIA AO RECEM NATO NA SALA DE PARTO NA CESÁREA. É FUNDAMENTAL A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO MESMO NA CESÁREA SEM FATOR DE RISCO, POIS MESMO OS ESTUDOS MOSTRAREM QUE A CHANCE DO APGAR SER MENOR DO QUE 4 SER BAIXA, EXISTE ESSA CHANCE E NÃO SE PODE POR EM RISCO A VIDA DE NENHUM RECÉM NASCIDO. CASO ACONTEÇA ALGUMA COISA COM ESSE RN, O PROFISSIONAL QUE O ATENDEU RESPONDERÁ POR ISSO. ALÉM DO MAIS QUALQUER MÃE SE SENTE MAIS SEGURA EM SABER QUE SEU FILHO SERÁ ATENDIDO POR UM PEDIATRA E O PRÓPRIO OBSTETRA E TODA A EQUIPE TAMBÉM.</p> <p>2ª: -</p>	
16/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Depois de investir tanto na redução da taxa de mortalidade neonatal agora vamos andar pra traz? No tempo que o bebê nascia com ou sem o pediatra a taxa era mais elevada! !!! Um bebê que vai a óbito ou fica daquelas pode não fazer diferença nos números, mas vai fazer muita diferença na família que o esperou saudável! !!</p> <p>2ª: Desde quando este país investiu na formação de outro profissional, que não o pediatra, para atender o bebê na sala de parto!!!! Governantes que nunca ouvem as entidades médicas, agora se acham os donos das soluções!!!!</p>	
16/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou absolutamente contra retirar o pediatra da sala de parto, mesmo em situações de baixo risco. O recém nascido tem o DIREITO de ser atendido em sala de parto por um profissional devidamente capacitado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Não é a toa que a Sociedade Brasileira de Pediatria fornece o Curso de Reanimação Neonatal para os membros da sua entidade, atualizando as diretrizes em quanto à conduta do pediatra e/ou neonatologista frente a uma situação de urgência ou emergência na hora do nascimento. É de suma importância a presença do pediatra na sala de parto, independentemente se é de alto ou baixo risco, já que é imprevisível o que pode acontecer com a criança no momento do nascimento. O pediatra capacitado pode atuar para que numa situação de urgência sejam tomadas as medidas necessárias de forma rápida para evitar sequelas, diminuir morbidades e/ou evitar, em muitos casos, a morte do recém nascido. Acabar com a presença do pediatra nas salas de parto poderão trazer um aumento significativo da mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Discordo completamente da ausência de necessidade corriqueira do pediatra em sala de parto... a presença do profissional na sala é proteção e segurança para o Nascimento dos bebês... os primeiros minutos de vida precisam de atenção e cuidado que se postergados podem trazer sequelas para toda a vida.. Como o obstetra vai dar conta de atender a mãe e o bebê ao mesmo tempo numa situação emergencial... o desfecho de um parto é sempre uma surpresa e nem sempre é possível prever a necessidade de suporte para o bebê... uma vergonha para o Brasil se retirarem o cuidado com as nossas crianças como padrão...</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: o pediatra é fundamental em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: No Brasil a frequência de recém-nascidos prematuros e de baixo peso tem aumentado nas últimas décadas concomitante ao aumento da mortalidade por asfixia perinatal dessa forma a presença do pediatra e de outros profissionais capacitados para atendimento adequado na sala parto torna-se incoerente com uma recomendação da não necessidade da presença do pediatra no momento do nascimento de recém-nascido a termo. A dificuldade de previsão adequada da idade gestacional devido pré-natal de baixa qualidade e atendimento inadequado na sala de parto das gestantes em todas as regiões do Brasil determina a importância do pediatra devidamente treinado na assistência ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: COMO NEUROLOGISTA INFANTIL ACHO QUE A "NÃO PRESENÇA" DE PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA AO RECEM NASCIDO MARAVILHOSA, POIS ASSIM TEREI MAIOR "MATÉRIA PRIMA". OBRIGADO GOVERNO!!! OBRIGADO PT !!!!</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: É um retrocesso retirar o pediatra da sala de parto em cesareas eletivas. Existe risco de o rn nascer deprimido e necessitar de reanimação.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Qualquer nascimento seja por via vaginal (parto normal) ou via parto cesarea, e uma surpresa. Os bebes podem nascer vigorosos, mas tambem hipotonicos, padrao irregular de respiracao, e necessitar de reanimacao neonatal, como ventilacao com balao e mascara e intubacao oro-traqueal, este ultimo um procedimento medico. Nao temos como saber quais serao os bebes que nascerao desta forma, assim torna-se necessario a presenca de um pediatra para todos os passos da reanimacao neonatal, para se diminuir a mortalidade e morbidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Empresa	<p>1ª: CONSIDERO DE SUMA IMPORTANCIA A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO, O R.N. NECESSITA DESTE ATENDIMENTO E A MÃE FICA MUITO MAIS TRANQUILA E CONFIANTE.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Parto Cesariano somente nos casos emergenciais, devido ao alto índice de sofrimento do RN.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho um imenso retrocesso retirar o pediatra da sala de parto em qualquer circunstancia.Reduzir custos no parto é um claro exemplo de má gestão . O bom prognóstico de uma vida inteira depende de atitude profissional do pediatra que faz os primeiros cuidados do bebe.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	1ª: Opinião contra a retirada do pediatra da sala de parto em cesárea de baixo risco pelo aumento do risco da morbimortalidade. 2ª: -	
17/05/2015	Sociedade médica	1ª: ACHO UM ABSURDO A POSSIBILIDADE DE NÃO SE TER O PEDIATRA NA SALA DE PARTO, MESMO QUE APARENTEMENTE SEJA UMA CESARIANA COM GESTAÇÃO A TERMO E SEM SOFRIMENTO FETAL. ISSO É UM RETROCESSO! SOU COMPLETAMENTE CONTRA! 2ª: -	
17/05/2015	Outra	1ª: Sou contra a saída do Pediatra da sala de parto nas Cesarianas por entender, que nas situações de agravamentos não previstos o profissional de Enfermagem no Brasil não está habilitado a entubar, prescrever drogas na reanimação e o retardo no início da assistência pediátrica, fará com que se perca os minutos de ouro, o que inevitavelmente levará ao aumento da morbimortalidade neonatal precoce 2ª: -	
17/05/2015	Sociedade médica	1ª: A literatura científica mundial demonstra claramente que a presença do médico é fator decisivo para a melhor assistência para a gestante e para a criança, com diminuição dos riscos e complicações. Essa afirmação inclui tanto a presença do obstetra médico( e não de profissional com curso de graduação de 4 anos), bem como a presença do pediatra, mesmo em partos que a princípio seriam de baixo risco para o bebê ou para a mãe, a partir de um pré-natal adequado. 2ª: -	
17/05/2015	Sociedade médica	1ª: Queria deixar claro!! Sou obstetra e é mais que necessária a presença do pediatra na sala de parto!!! Isso muda o prognóstico para o RN ... Muitas das vezes fazemos cesarianas eletivas em situações diversas!!!! E nos deparamos com situações dramáticas para os RN!!! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Um absurdo isso . Nao existe certeza em nenhum parto mesmo com todas as condicoes favoraveis que o recém nato nao vai precisar da assistencia de um pediatra . Há mais ou menos 20 anos nao existia pediatra na sala de parto . Isso foi uma grande conquista e agora vamos andar para tras ?!?! Mais uma vez uma medida que só podia vir de um governo incompetente e mediocre</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Creio que essa iniciativa busca desestimular o parto cesariana, visto que as taxas de sofrimento do RN são maiores por essa via de parto. Entretanto, creio que este não é o melhor caminho de estimular o parto norma, pois está pondo em risco a vida dos RN. Dados de literatura mostram que 1% dos RN , em geral necessitam de reanimação e que a o índice de mortalidade e de sequelas para eles são diretamente proporcionais ao tempo de demora para o atendimento. Além disso, em nosso país, onde muitasaudades mulheres têm acesso restrito ao pré natal, como poderemos garantir a vitalidade d o feto? Acho necessária a presença do pediatra na sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra sempre deve estar presente na sala de parto. Pode haver complicações com o bebê independente do tipo de parto</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: A recomendação de não ter médico pediatra na sala de parto/cesariana toma por base informação técnica com coorte de pequeno número - evidência 3 - não sendo suficiente para se concluí-la. Penso que deve ser mantida a recomendação de haver tal profissional em sala.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O custo social de uma anoxia cerebral não paga a a economia do pediatra.O parto normal e ANOMAL, 35% da senhoras inglesas com mais de 60 anos tem incontinência urinária e 15% incontinência fecal.Será que a conta não está sendo feita erroneamente.Estamos construindo um país cada vez mais excludente , em vez de brigarmos pior uma melhoria para todos estamos tentando nivelar para baixo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica Pediatra, Cardiologista Pediátrica e considero absurda a ideia de excluir o Pediatra da sala de parto, mesmo em cesáreas consideradas de baixo risco. Primeiramente, não há cesárea de baixo risco para o recém-nascido. O simples fato de indicar uma cesárea denota algum problema com a mãe ou com o feto. Mesmo no caso de ser uma cesariana dita eletiva, não urgente, também há grandes riscos para o recém-nascido, que tem maiores chances de ter dificuldades respiratórias e necessitar de auxílio ventilatório, seja por bolsa-valva-máscara ou até por intubação oro-traqueal e, às vezes, massagem cardíaca para reanimação. Já recepcionei inúmeros recém-nascidos em sala de parto, em parto vaginal ou cesárea considerados de baixo risco, que nasceram com sérios problemas, com dificuldades respiratórias, correndo sério risco de morte se não fosse prontamente atendido pelo Pediatra, que é o único médico realmente treinado e capacitado para atender esse tipo de emergência. Considero a proposta de excluir o Pediatra da sala de parto um ato de negligência e ignorância. Talvez quem elaborou essa proposta deveria informar-se melhor (seguem artigos em anexo), consultar profissionais devidamente qualificados para assessoria, em vez de pensar em contribuir com o aumento da mortalidade infantil e perinatal, além de aumentar o número de crianças com sequelas diversas por falta de atendimento adequado em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: É FUNDAMENTAL A PRESENÇA DE UM PEDIATRA NA SALA DE PARTO, SOB RISCO DE VIDA DA CRIANÇA!</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou a favor de que o parto normal seja prioridade na rede pública e particular de saúde e que a cesariana só seja indicada em caso de REAL necessidade.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo, um verdadeiro retrocesso retirar o pediatra da sala de parto, pois mesmo sendo um parto ou cesariana à termo não há como prever a necessidade de assistência especializada ao recém-nascido. De cada 10 que nascem à termo, pelo menos 1 precisa de suporte e caso não seja dado o devido cuidado a criança poderá vir a se tornar deficiente de várias maneiras ou até obitar. Isso além de trágico para a família, poderá se tornar muito oneroso ao país. TENHO UMA CAMPANHA: "NÃO ME PARACE SER UM ATO DE AMOR PRIVAR UM RECÉM-NASCIDO DE TODA A ASSISTÊNCIA QUE ELE PODE TER PARA FICAR BEM".</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e instrutora do programa de reanimação neonatal gostaria de manifestar que é extremamente grave esta medida da retirada do pediatra em sala de parto cesáreo sem risco. 1 em cada 10 Rn necessitam de ventilação em sala de parto e o pediatra capacitado é o profissional mais indicado para realizar tal procedimento . Não poder,os determinar que se o parto é de baixo risco a criança nascerá bem por isto a necessidad do profissional capacitado para que o bebê possa ter direito a assistência adequada</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Não desejo descrever nada no momento</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Discordo veementemente da ausência do MĒDICO PEDIATRA para assistência à sala de parto. Passei 35 anos de carreira médica tratando, em UTI Neonatal, de crianças com problemas clínicos e sequelas que poderiam ter sido evitados com a presença do MĒDICO PEDIATRA TREINADO em sala de parto. Na UTI Pediátrica, da mesma forma, trato de inúmeras crianças portadoras de sequelas graves que teriam uma vida mais feliz e produtiva se tivessem sido assistidas desta forma no momento do parto. Desconheço profissional sério, experiente, inteligente e capaz, na área de pediatria, que concorde com a ausência deste tipo de assistência. Seria um retrocesso de décadas. O direito a essa assistência foi uma conquista não dos pediatras, mas da humanidade. É direito de todos.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra deve estar presente à sala de parto em qualquer circusntância</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A Sociedade Brasileira de Pediatria, a Academia Americana de Pediatria e todas as entidades de pediatria recomendam formalmente a presença de, preferencialmente, pediatra na sala de parto ou pessoa capacitada (enfermeira, obstetra ou anestesista), desde que tenha feito curso de capacitação de reanimação neonatal. Cesárea eletiva não significa que não há risco para o RN e este deve ter o mesmo tratamento que o RN do parto normal.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a proposta. Acho essencial a presença do pediatra em sala de parto e na cesariana.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde anterior sou a favor de manter a recomendação que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de ventilação com balão e máscara e intubação quando necessário. <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>). J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Resuscitation. 2012;83:869-73. J Perinatol. 2000;20:101-4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012. Wood FE, Morley CJ Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra neonatologista na sala de parto, independente da via de parto, e da presença de sofrimento fetal, é primordial para a segurança do recém-nascido. A rapidez na percepção de problemas ao nascimento, bem como a agilidade e fimeza nas ações de reanimação neonatal são determinantes para se evitar hipoxia, e conseqüentemente a encefalopatia hipóxico-isquêmica. O profissional neonatologista não pode ser considerado parte dispensável da equipe obstétrica!</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Porque o risco de nascer só é comparado risco de morrer. Pediatra na sala de parto é a diferença para a vida.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Absurda a não obrigatoriedade do Médico Pediatra em qualquer tipo de nascimento. O momento do nascimento envolve riscos, algumas vezes não previsíveis que pode comprometer toda a vida do indivíduo. A asfixia ao nascimento é frequente e a maior causa de paralisia cerebral e esta pode ser evitada ou diminuída se houver um atendimento rápido e eficiente de um Pediatra treinado e preparado.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O profissional treinado para receber o recém-nascido em sala de parto e o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Houve impacto na redução da asfixia e mortalidade perinatais após cursos de reanimação neonatal realizados pela sociedade brasileira e estaduais de pediatria em várias regiões do país, sendo possível a presença de pediatras treinados em reanimação neonatal em sala de parto, nos procedimentos de alto risco e de risco habitual</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: na pagina 63 onde se afirma que a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação, médico ou enfermeiro é recomendada substituindo a presença do pediatra é inadmissel, onde pela experiencia na area se faz indispensavel a assitencia do pediatra na assitencia ao Rn na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Definido de acordo com a capacitação regional, a ausência do Pediatra na sala de parto pode significar risco extremamente elevado ao recém-nascido que apresente qualquer agravante, especialmente aqueles não esperados (distócia de trajeto, circular de cordão, outros) ou previsto durante o acompanhamento pré-natal. Sabe-se que é extremamente alta a prevalência de complicações durante o período expulsivo (principalmente os 10 minutos) assim como a associação com anomalias neurológicas delas decorrentes. Assim, contrariando as recomendações definidas para países desenvolvidos, manifesto posição contrária a proposta de retirada do Pediatra na sala de parto em qualquer tipo de gestação e parto. Os riscos associados e descritos à nossa realidade justificam a necessidade da presença de profissional bem treinado e presente durante o parto e, no nosso modelo de saúde, o próprio Pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Devido a minha vivencia como médica pediatra e com atuação há 37 anos também atendendo recém nascidos em sala de parto,, digo que não tem como ter certeza em uma gestação à termo, com trabalho de parto sendo desencadeado naturalmente, que não vá ocorrer situação inesperada que ponha em risco a sobrevivência do RN ou que sequelas venham a ocorrer se não houver o atendimento adequado neste momento. É UM PASSO RETRÓGRADO NÃO TER O PEDIATRA EM SALA DE PARTO .</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Um cada 10 recém nascidos necessita de ventilação com pressão positiva na sala de parto por sofrimento, sendo pediatra o profissional mais capacitado para avaliar e tratar adequadamente o recém nascido com medidas determinantes para salvar sua vida.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Do ponto de vista da presença do pediatra na sala de parto, em cesarianas eletivas, parece claro que deva ser obrigatória, pois ele é o profissional habilitado tecnicamente para, numa eventualidade, realizar manobras de ressuscitação e procedimentos que podem salvar a vida do recém-nascido. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo em parturientes de baixo risco, considerando a imprevisibilidade das condições de nascimento do neonato. A demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas podem aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas. Além disso, uma operação cesariana eletiva, por mais corriqueira que seja, é melhor praticada com a equipe completa: cirurgião, assistente, instrumentador, anestesiológico e neonatologista. É a recomendação para segurança da mãe e do feto.</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: não concordo</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: no parto cesarea por ser parto de risco e necessario o pediatra na sala de parto para diminuir risco de morte e sequelas de RN</p> <p>2ª: -</p>	
17/05/2015	Empresa	<p>1ª: não concordamos</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
17/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerar que uma cesárea eletiva e sem fatores de riscos não necessita de pediatra a postos em sala de parto é, no mínimo, uma atitude arriscada!Primeiro, porque, muitas vezes, só se sabe da presença de líquido amniótico meconial, um fator de risco, no momento iminente anterior ao nascimento quando se rompe bolsa! E aí? Seria, nesse momento, que se chamaria o pediatra? E como este, em frações de segundos seria chamado, lavaria as mãos, vestiria os EPIs habituais e estaria a posto p intubar e aspirar a traqueia do RN nascesse em apneia? Como garantir o golden minute p esse bebê?E se ocorre uma retirada laboriosa? Não é infrequente após uma retirada laboriosa o RN necessitar de reanimação!Ademais, o risco de necessidade reanimação numa PSAC eletiva pode até ser menor, mas não se garante que ele é zero!No último plantão que tive, ocorreu uma cesária eletiva, com pre- natal realizado sem intercorrências, usg obstétrico de uma semana atrás ao nascimento em posição cefálica. Eis q na retirada, o RN estava pélvico, a retirada foi difícil e o bb foi reanimado! Nesse momento, se chamou atenção que esse era o perfil do bebê a quem se pensa negar o direito de ter sua assistência oferecida pelo pediatra! De fato, quem elaborou esse documento esqueceu do recém-nascido e da importância do pediatra na assistência ao recém-nascido! Foi na contra mão do direito do RN de ter seu pediatra treinado para garantir uma reanimação efetiva caso necessária! Reanimação essa q pode definir a qualidade de vida que terá esse bebê e sua família! É tão absurdo que é difícil de acreditar que isso está sendo proposto pelo Ministério da Saúde.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Obrigatoriedade de pediatra na sala de parto por cesariana</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contrária a intenção de retirada do pediatra de sala de parto, pois nao existe parto via baixa ou via alta com baixa complexidade...</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Consideramos indispensável a presença do pediatra na sala de parto para assistir o recém-nascido em todos os tipos de parto pois a urgência se configura no momento do parto e procedimentos podem ser necessários que só o pediatra terá habilidade para realizar. A mortalidade neonatal depende muito do que é feito nos primeiros momentos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho um absurdo. O pediatra neonatologista é o profissional mais preparado para garantir a saúde da mãe e da criança. A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Baseada no contato que tenho com diversos técnicos de enfermagem e enfermeiros, tanto na área privada quando no SUS, vejo que os mesmos não encontram-se aptos a realizar manobras de reanimação neonatal. Até mesmo médicos de outras especialidades demonstram dificuldades na hora do manuseio de via aérea de RN. Não sou contra a medida desde que antes haja um amplo treinamento de tais profissionais.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: sabemos que a situação da pediatria no Brasil é grave , há falta de pediatras em todos os setores, mas é inadmissível que não haja um pediatra em sala de parto , não se pode garantir que tudo corra bem durante o mesmo ; se houvesse valorização da pediatria no Brasil certamente mais jovens formandos escolheriam esse caminho , mas infelizmente isso não acontece e os jovens médicos não veem nenhum atrativo para seguir esse caminho</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Trabalhei por vinte anos em UTI neonatal, e sala de parto de duas Universidades (USP e UNICAMP) e na maternidade do hospital São Luiz em São Paulo (capital). Me sinto plenamente apta para afirmar que o pediatra é indispensável na sala de parto mesmo em partos de baixo risco. O pediatra além do treinamento em reanimação neonatal tem condição de prever os agravos futuros que a asfixia preinatal e outras patologias, que podem acontecer ou serem diagnosticados ao nascimento, acarretaram desenvolvimento futuro do recém-nascido, e tomar as condutas para minimizar estes agravos. Um profissional apenas treinado em reanimação neonatal não possuirá estes requisitos e pode comprometer o desenvolvimento futuro destes recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo a ausência de um pediatra na sala de parto . Como pediatra me sinto desrespeitada e fico muito preocupada com a qualidade do atendimento nos primeiros minutos de vida . Sou contra ao projeto em questão .</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Independente do tipo de parto ou da anestesia o Rn deverá sempre ser recepcionado na sala de parto pelo profissional de maior experiência em reanimação neonatal. É nesse caso , por envolver ato médico, deve ser o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença de profissional médico é primordial. Pediatra bem treinado. Como se pode antecipar a presença de complicações, mesmo quando todas as indicações são favoráveis?</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Cerca de um em cada vinte nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal. No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária. O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada. A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Assim, as normas institucionais e governamentais para atendimento ao recém-nascido em partos cesáreos deveriam seguir a recomendação do Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria, que diz deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o ele.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudos mostram a importância do Pediatra na sala de parto. Sabemos que o período neo natal é o de maior risco para a vida, e o nascimento é momento fundamental. Controlar e diminuir a mortalidade infantil, passa por políticas públicas nessa área. Não é retirando o Pediatra da sala de parto, que melhoraremos esses números.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra e o profissional mais capacitado para realizar Reanimação Neonatal .Na maioria das vezes esta transição da respiracao se faz normalmente mas ha casos que necessitam de ação rapida do pediatra no primeiro minuto.Na cesareana ainda pior porque nao se tem o trabalho de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A retirada do pediatra da sala de parto, vai contra a promoção e prevenção à saúde.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A importancia da presença e do trabalho do pediatra na asistencia ao recen-nascido no aprto normal e parto cesáreo.</p> <p>2ª: Sempre deve estar presente o pediatra na sala de parto seja o parto de rico ou não</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: o risco de um bebe a termo apresentar complicações na sala de parto é grande, aumentando taxa de anoxia e contribuindo para indiv[íduos que necessitam cuidados médicos, e não podem contribuir para a sociedade.Aumento do risco de óbito.isso aumentaria a taxa de mortalidade infantil que queremos tanto cair</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Conhecimento técnico e científico</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É essencial o pediatra na sala de parto, mesmo em cesárea eletiva, pois até nesses casos o recém nascido pode necessitar de suporte que só o profissional pediatra pode dar a assistência adequada e salvar vidas. Mesmo a cesárea eletiva não é isenta de riscos para o recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: RISCO AUMENTADO DE MORTE E GRAVES CONSEQUÊNCIAS, COM DANO NEUROLÓGICO E OUTROS.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e atuação em neonatologia tenho n casos de assistência ao parto natural e cesarianas eletivas, com recém nascidos deprimidos e necessidade de reanimação. Os estudos mostram a importancia do gold minute na reanimação , e em nosso país o profissional mais capacitado para agir é o pediatra. Com essa normativa vamos aumentar o índice de crianças sequela das porque foram privadas de uma assistência adequada no inicio de suas vidas.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém nascido na sala de parto deve ser realizado por Pediatra treinado nos procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Mesmo que tudo tenha corrido bem durante uma gestação, tudo pode acontecer durante um parto, e ter o especialista neste momento é a única defesa que pode amenizar as possíveis sequelas neste ser tão indefeso: o recém-nascido. Pode até parecer vantajoso do ponto de vista econômico, não ter mais um profissional na sala de parto, mas como bem sabemos é melhor a prevenção para evitar de tratar as sequelas resultantes da demora de um tratamento adequado. O impacto para a família e para o país é muito grande.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A presença de equipe multiprofissional em todos os planos de assistência a clínica ampliada é diretriz do SUS acho um contrassenso a exclusão de uma categoria profissional em um momento tão especial ,onde os primeiros minutos de uma adequada assistência ao nascer significaria redução da morbimortalidade infantil e diminuição de internações em UTI e nos óbitos que lá acontecem . No item onde a cesárea seria a opção da paciente a consulta com o pediatra também poderia auxiliar no incentivo ao parto normal e nos benefícios desta via até para o aleitamento materno . I</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um retrocesso apresentar um documento onde a afirmação de ser desnecessário a presença do pediatra na sala de parto quando previamente não há risco.Como prever a evolução do evento?Quanto casos de perda e anóxia temos relatado em partos sem risco??A Sociedade Brasileira de Pediatria que preza pelo cuidado essencial à criança, levou anos até conseguirmos a obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É mais do que sabido a importância do pediatra na assistência ao RN independente da via de parto.Trabalho em sala de parto e já vi inúmeros recém nascidos, considerados de baixo risco, precisando ser reanimado e reavaliado. Acredito que existem outras formas de economizar recursos públicos, entre elas a redução da corrupção. É muita irresponsabilidade penalizar as mães e principalmente os recém nascidos pela ingerência deste governo!!!!Que Deus nos proteja de "gestores" como esses que propoem este absurdo.Quantas crianças morrerão devido a falta de assistência adequada, promovida pelo poder público? Essa pergunta não tem resposta, pois só quem realmente tem conhecimento sobre sala de parto, têm noção de quão imprevisível esta pode ser!</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e já atendi vários recém-nascidos que não havia risco identificável e que precisaram intubação endotraqueal (ex. RN banhado em líquido amniótico meconial). Estaremos expondo nossa população a um risco desnecessário (sequelas ou óbito), para reduzir custos do MS. Com certeza esses recursos que querem economizar serão desviados, como temos visto a todo momento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Sou a favor de que a assistência ao RN em sala de parto seja realizada por pediatra treinado ou neonatologista, de acordo com as normas referidas pela Sociedade Brasileira de pediatria e neontologia. 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
18/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Eu sou pediatra e neonatologista; tenho o curso de Reanimação Neonatal e sou a única pediatra da cidade atendendo pelo SUS no único hospital da microregião (Boracéia, Itaju e Bariri). Faço internação de pediatria e recepção de recém nascidos na maternidade. Tento estar presente a todos os partos, o que é impossível! Mas com certeza, os que tem pediatra na sala de parto são muito melhor atendidos. Me estranhou o fato de que nestas novas diretrizes, não há a obrigatoriedade de pediatra em sala de parto. Eu acredito que em situações como a minha ou em lugares mais rremotos onde não há pediatras; não se tenha muitas escolha; mas eu gostaria de reiterar a importância absoluta do pediatra na sala de parto; mesmo sem complicações à primeira vista; onde este profissional estiver presente. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que:· Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006).· A ventilação pulmonar e#769; o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios.· Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não ha#769; necessidade de pediatra de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3).· Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.· A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.· O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”.Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, que em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir.No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto esta#769; a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.ReferênciasKattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>the delivery room: associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Precisa SIM de pediatra em todas as salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando-se que, em ciências biológicas, podem surgir ocorrências de última hora, um parto considerado dentro da normalidade pode tornar-se um parto de risco de uma hora para outra. Nesse caso, o tempo de deslocamento do médico pode significar a diferença entre morte e vida para o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: O profissional capacitado para dar o atendimento adequado ao RN em sala de parto é o pediatra treinado em reanimação neonatal .</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: CERCA DE 3.000.000 DE BRASILEIROS NASCEM A CADA ANO. 60.0000 (2%) NECESSITAM DE ASSISTÊNCIA DIFERENCIADA NA SALA DE PARTO. PARECE POUCO? O ATENDIMENTO DE REANIMAÇÃO NECESSITA SER FEITO POR NEONATOLOGISTA EXPERIENTE E NÃO POR OUTROS PROFISSIONAIS INFORMADOS SOBRE O PROCEDIMENTO DE ROTINA. SERÁ MAIS BARATO TRATAR SEQUELAS NEUROLÓGICAS? SÓ QUEM DESCONHECE OS RISCOS DE PROCEDIMENTOS IMPROVISADOS POR "TREINADOS" TEM A CORAGEM DE PROPOR ESTAS MEDIDAS. A CRIANÇA NÃO TEM MAIS PEDIATRA NA ATENÇÃO BÁSICA E AGORA OFICIALMENTE LHE TIRAM O PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA AO NASCER.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A favor de pediatra treinado em todo parto</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho imprescindível a participação de um pediatra na sala de parto, pois intercorrências podem ocorrer após o parto, sem que se saiba previamente da necessidade.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Desacordo em relação às evidências científicas apontadas na página 63, inadequadas e em pequeno número para determinar sobre a presença ou não de um pediatra na sala de parto cesariano. Escolhas errôneas de literatura para delinear rotinas, pois aventa a possibilidade deste profissional treinado ser um enfermeiro. Um dos fatores que promoveram a queda da mortalidade infantil, em especial a neonatal, decorre do fato do aumento e da obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero um absurdo resolver um problema que é a falta de pediatras em várias localidades do país com outro problema que é negligenciar o risco de complicação na sala de parto, seria mais adequado remunerar melhor tais profissionais, assim não faltaria pediatra nas salas de partos, pronto atendimento e unidades básicas de saúde.</p> <p>2ª: -</p>	

<b>Dt. contrib.</b>	<b>Contribuiu como</b>	<b>Descrição da contribuição</b>	<b>Referência</b>
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: o pediatra na sala de parto é fundamental para assistência de qualidade! 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Como instrutor de reanimação neonatal desde 1996, já tendo participado em diversos cursos inclusive em áreas onde não existe sistema de saúde adequado, posso garantir que seria um retrocesso enorme a retirada do pediatra na assistência imediata do RN no momento de seu nascimento. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
18/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Presença obrigatória do pediatra na sala de parto ou cesárea conforme portaria 569 do Ministério da Saúde <a href="http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/7_2011.htm">http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/7_2011.htm</a> Diminui muito mortalidade e morbidade infantil</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Outra	1ª: A presença do pediatra em sala de parto é fundamental para um atendimento rápido e efetivo 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: NÃO SO COMO NA COLOCAÇÃO DE MÉDICA, MAS COMO MÃE, ACHO UM ABSURDO TAL PROPOSIÇÃO. PARTO NÃO É CERTEZA, PARTO DE RN TERMO COMPLICA, E COM FREQUENCIA. QUERO SABER SE FILHOS E NETOS DE QUEM PROPOS ISSO NASCERA SEM PEDIATRA!! 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: A FAVOR DA PRESENÇA DO PEDIATRA EM SALA DE PARTO 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: ABSURDO POIS NÃO TEMOS COMO PREVER A NECESSIDADE DO ATENDIMENTO AO RN REALIZADA PELO PEDIATRA NO MOMENTO DO NASCIMENTO. VAI CONTRA TODO CONHECIMENTO CIENTÍFICO A RESPEITO DA IMPORTANCIA DO MINUTO DE OURO E DAS SEQUELAS PROVENIENTES DO ATENDIMENTO INADEQUADO. 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: ABSURDO POIS NÃO TEMOS COMO PREVER A NECESSIDADE DO ATENDIMENTO AO RN REALIZADA PELO PEDIATRA NO MOMENTO DO NASCIMENTO. VAI CONTRA TODO CONHECIMENTO CIENTÍFICO A RESPEITO DA IMPORTANCIA DO MINUTO DE OURO E DAS SEQUELAS PROVENIENTES DO ATENDIMENTO INADEQUADO. 2ª: -	
18/05/2015	Outra	1ª: A presença do pediatra em toda sala de parto deve ser obrigatoria 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: como medica pediatra , ha 30 anos , atuante,membro da SBP, plantonista inclusive em sala de parto, considero no minimo inconsequente a proposta apresentada vista que pode ter qualquer motivo, menos a proteção e atenção ao RN, com a proposta da retirada do pediatra da sala de parto.estamos no caminho inverso.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Contribuo com a minha indignação diante desse lamentável retrocesso em saúde pública do Brasil, com o artigo anexado.Visto que gestações de baixo risco, não devam ser acompanhadas por um pediatra.O pediatra é um profissional treinado para tal procedimento. Se a criança não evoluir bem, o outro profissional será capacitado?</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Portaria SAS/MS 371/2014, que esclarece que mesmo parto de baixo risco, pode resultar em criança que necessite de reanimação.</p> <p>2ª: Decreto do Estado de São Paulo numero 58849 de 17/01/2013 que regulamenta a lei 14686 de 29/12/2011</p>	
18/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: PRECISAMOS DE PEDIATRAS SIM!!!</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: A ausência de pediatra na sala de parto só será avaliada corretamente após haver estatística do aumento de morte perinatal e, infelizmente, de sequelas ocorridas por anoxia perinatal. As sequelas provavelmente não serão possíveis de mensurar. Não fazemos medicina e nos dedicamos aos pacientes apenas por estatística e sim para salvar vidas.Espero que a vida seja de mais valia que o interesse comercial.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, baseada na literatura científica e em acordo com os ensinamentos nas escolas médicas, entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as melhores evidências científicas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. A SBP entende ainda, que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: A intervenção de um Pediatra na Sala de parto é muito importante e que "SALVA VIDAS"</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Independente da condição em que ocorra o nascimento da criança ( parto vaginal ou cesariana) deverá ser assegurado a presença do pediatra para fazer a assistência imediata do recém-nascido. É um direito da mãe e da criança!</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: É recomendado a presença de Pediatra na sala de parto, para uma adequada assistência ao recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Contra a retirada do pediatra em sala de parto. Independente da via de parto. Patologias diagnosticadas em sala de parto são de vital importância a rapidez no diagnóstico. Gestação de baixo risco nunca é igual a parto de baixo risco. Não se pode negligenciar a vida de um ser humano. É rotina em serviços públicos, gestantes sem pré natal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Vejo como necessário a presença de um Pediatra capacitado no momento do nascimento de um RN, habilitado para atender intercorrências, as quais podem ser imprevisíveis, colocando em risco a vida ou a qualidade de vida do mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: TAL PROPOSTA É CONSIDERADA UM RETROCESSO; COMO NEONATOLOGISTA SABEMOS QUE TODO PARTO É CONSIDERADO DE RISCO, MESMO COM GESTANTE SEM INTERCORRÊNCIAS E PRÉ NATAL ADEQUADO. JÁ PRESENCIEI INÚMEROS PARTOS TEORICAMENTE SEM RISCO QUE NECESSITOU REANIMAÇÃO DO RN EM CENTRO OBSTÉTRICO. SEGUNDO O ILCOR, SOCIEDADE AMERICANA E BRASILEIRA DE PEDIATRIA É OBRIGATÓRIA A PRESENÇA DE PROFISSIONAL CAPACITADO A REANIMAR O RN EM SALA DE PARTO EM TODO NASCIMENTO. TAL PROPOSTA AUMENTA O RISCO DE MORBIMORTALIDADE INFANTIL COM SÉRIOS AGRAVOS PARA O BEBÊ E A FAMÍLIA QUE TERÁ DE ARCAR COM AS CONSEQUÊNCIAS DESSE ATO INFUNDADO; ALÉM DE AUMENTAR OS CUSTOS PARA O ESTADO QUE PAGARÁ CARO POR AUMENTAR O NÚMERO DE RN INTERNADOS EM UTI NEO POR ASFIXIA PERINATAL.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Necessidade de pediatra em todos os partos, não apenas em cesariana, como recomenda o programa nacional de reanimação neonatal</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Eu acredito que a presença de um pediatra em sala de parto é necessária devido aos riscos de asfixia a que o recém nascido está exposto. Além disso, há possibilidade de toda anestesia subdural ser convertida em anestesia geral devido a intercorrências inerentes ao procedimento e sem sinais de alerta, sendo assim um risco imprevisível. Deve-se ressaltar ainda que o argumento de que seria desnecessária a presença de um pediatra em sala de parto baseia-se em baixo grau de evidência científica, devendo ser desconsiderado.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU TOTALMENTE CONTRA TAL PROPOSTA, POIS NOS PREOCUPA AS COMPLICAÇÕES QUE PODERÃO ACONTECER SEM UM PROFISSIONAL HABILITADO PARA DESENVOLVER DO MAIS SIMPLES AO MAIS COMPLICADO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL: INTUBAÇÃO, CATETERISMO DE VEIA UMBILICAL E DROGAS.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Outra	1ª: Sou contra a prerrogativa de abrir mão da presença do pediatra em sala de parto, mesmo sendo parto de baixo risco. 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: É fundamental a assistência de pediatra na sala de parto, pois é a pessoa que está adequadamente capacitada para assistência ao RN, caso haja alguma intercorrência clínica, a qual nem sempre é possível de prever 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Outra	<p>1ª: Considerando que:- Aproximadamente 90% dos recém-nascidos têm uma transição para a vida extra-uterina sem qualquer dificuldade e demandam pouca ou nenhuma assistência neste momento (KATTWINKEL et al, 2010). No entanto, cerca de 10% dos recém-nascidos requerem alguma assistência para iniciar sua respiração ao nascimento e destes, menos de 1% demanda reanimação mais complexa para sobrevivência (PERLMAN, 1995; BARBER, 2006).- A ventilação pulmonar e o procedimento mais simples, importante e efetivo na reanimação do recém-nascido em sala de parto (Almeida, Guinsburg, 2013), podendo ser necessária para o início ou manutenção dos movimentos respiratórios.- Os achados de HOGSTON (1987) e JACOB, PFENNINGER (1997), estudos citados na Diretriz proposta, concluíram que não há necessidade de pediatria de rotina em cesariana de fetos em apresentação cefálica (e não fetal, como refere o documento) e na ausência de sofrimento fetal (qualidade de evidencia 3).- Em um estudo nacional, transversal (ALMEIDA et al, 2010) verificou-se que o parto cesáreo, entre 37 e 39 semanas de gestação, mesmo sem fatores de risco antenatais para asfixia, aumenta o risco de realização de ventilação com pressão positiva ao nascer, indicando a necessidade de profissional capacitado para realizar a VPP no momento do nascimento.- A Nota Técnica 16/2014 – CRIALM/DAPES/SAS/MS que trata da normatização técnica para capacitação de profissionais médicos e de enfermagem em reanimação neonatal para atenção a recém-nascidos no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde do âmbito do SUS, considera capacitados para realização deste procedimento médicos e enfermeiros que tenham realizado o treinamento teórico-prático conforme orientado nesta mesma Norma Técnica.- O resumo das evidências do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63) aponta que “ Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatria na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa”.Assim, reitera-se a recomendação da Diretriz apresentada, que em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra.Também, indica-se alteração do texto Recomendação, como descrito a seguir.No texto do Relatório de recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana (p. 63), encontra-se a seguinte recomendação: “É recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana realizada sob anestesia geral ou se tiver evidência de sofrimento fetal”.Indica-se a seguinte alteração:Recomendação - em uma operação cesariana, quando o feto está a termo, na ausência de sofrimento fetal e de situação de risco para gestante, o recém-nascido seja atendido por profissional capacitado em reanimação neonatal, não sendo, portanto, imperativa a presença de médico pediatra. Contudo, no centro cirúrgico, em gestantes que serão submetidas à cesariana sob anestesia geral, é recomendada a presença de um profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal, conforme Nota Técnica 16/2014, já citada.ReferênciasKattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2010;122:S909–19Perlman JM, Risser R. Cardiopulmonary resuscitation in the delivery room:</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>associated clinical events. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:20–25.Barber CA, Wyckoff MH. Use and efficacy of endotracheal versus intravenous epinephrine during neonatal cardiopulmonary resuscitation in the delivery room. Pediatrics. 2006;118:1028–1034.Almeida MFB, Guinsburg R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria: condutas 2013 acesso em 09/05/2015. Disponível em: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRN-SBP-ReanimaçãoNeonatal-atualização-1abr2013.pdf</a>Hogston P. Is a paediatrician required at caesarean section? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology. 1987 Sep;26(1):91-3. PubMed PMID: 3666267. Epub 1987/09/01. eng.Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstetrics and gynecology. 1997 Feb;89(2):217-20. PubMed PMID: 9015023. Epub 1997/02/01. eng.ALMEIDA, MFB et al. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 2010, fetalneonatal174532.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Outra	<p>1ª: É de extrema importância que a mãe e bebê tenham o acompanhamento de um pediatra durante um parto cesárea, não é um "luxo" e sim uma necessidade, só o Pediatra tem a competência de assistir um bebê, não o obstetra nem enfermeiro nem clinico geral. Sou completamente contra a possibilidade de não ter Pediatra durante um parto.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Varios estudos reforcam a presença imprescindível do pediatra em salas de parto mesmo em situações de baixo risco</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os primeiros trinta segundos de vida de um RN são considerados Golden, e caso necessário é preciso intervenção da pessoa mais bem preparada para a reanimação do RN, nesse caso o pediatra. Mesmo sendo pouco a porcentagem de RN que precisam de manobras de reanimação, não se pode ter 100% de certeza que aquela gestante sem risco não irá ter um bebê que precise de manobras de reanimação. E caso o RN precise de manobras de reanimação e o pediatra não esteja presente e esse RN venha a óbito, a enfermeira ou técnica de enfermagem assinara o atestado de óbito? Pelo que consta atestado de óbito é função do médico, e se o médico não assistiu aquele RN. Que, assinara?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Desejo deixar meu protesto contra a retirada do pediatra em sala de parto em cesáreas de "baixo risco". Venho através desta lembrar que os 5 primeiros minutos de vida podem definir a performance de um cérebro humano para o resto de sua existência. Lembro que o pediatra é o profissional mais capacitado para este atendimento e que as consequências da ausência deste profissional nesta ocasião podem ser catastróficas para os cidadãos deste país. 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Email da cremesp 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: sou contra a ausência do pediatra na sala de parto em qualquer ocasião 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Favor de pediatra em qualquer tipo de parto. Retirar o pediatra será um retrocesso a saúde. 2ª: -	
18/05/2015	Outra	1ª: A presença do neonatologista (pediatra) na sala de parto, no ambiente hospitalar, é de suma importância para o recém-nascido, para a parturiente e para o obstetra. Delegar a terceiros os cuidados que são de uma especialidade específica pode acarretar ônus para as entidades que fazem partos com obstetras e anestesistas. Além do ônus da possibilidade de mal atendimento ao RN por pessoa mal preparada causando dano neurológico ao RN; podemos entrar numa fase mais litigiosa que custará caro ao Estado. 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: O pediatra em sala de parto é de fundamental importância para evitar morbimortalidade . Vários artigos científicos comprovam isso . O parto de risco habitual pode a qualquer momento se transformar em urgência , com riscos de morte para o RN ! Nesses casos pode não haver tempo p o pediatra chegar sem a haja comprometimento ou até mesmo óbito ! Portanto como obstetra discordo da ausência de pediatra em qq parto . Tudo RN tem o direito de ser assistido por pediatra na sala de parto ! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Sugiro a modificação do texto enfatizando a necessidade na sala de parto do pediatra (ou outro profissional ) regularmente treinado em manobras de ressuscitação de recém-nascidos. 2ª: -	
18/05/2015	Outra	1ª: minha opiniao é q não é seguro para o recém nascido nao ter uma pediatra na sala de parto 2ª: -	
18/05/2015	Outra	1ª: A atuação do pediatra no parto cesareano, em qualquer parto cesareano, não é adequadamente substituída por outro profissional com a mesma propriedade.O pediatra é o único profissional completamente treinado para esta atuação e garantir a segurança do recém nato. 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: É de imensa valia a presença de um profissional pediatra na sala de parto para receber um recém nascido à vida. Existem muitas situações de risco que justificam a imediata avaliação de pediatra e o inicio urgente de manobras de ressuscitavao neonatal. 2ª: -	
18/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: A presença de pediatra na sala de parto é fundamental pois se o recém nascido tiver problemas respiratórios e não for socorrido a tempo e eficazmente pode vir a óbito ou desenvolver um atraso cognitivo ( retardo mental) para o resto da vida. 2ª: -	
18/05/2015	Sociedade médica	1ª: Partos cesáreos podem ter complicações assim como nos normais Tirar o pediatra da sala de parto é um crime contra a vida.... É uma absurdo esse retrocesso 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.Declaro que experiência própria recente na maternidade em que trabalho, uma cesária de indicação interativa, sem fatores de risco prévios, que tinha todas as condições possíveis de o RN nascer bem, evoluiu mal no primeiro minuto de vida, cujo apgar foi de 3 e o desfecho foi IOT e encaminhamento para o CTI neonatal. Diante disso, não há dúvida de que um profissional habilitado necessita estar ao lado nesses momentos para evitar um desfecho fatal em questão de minutos!</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero um retrocesso e um descaso com a paciente o o RN não ter pediatra na sala de parto, tendo em vista intercorrências que podem ocorrer como, aspiração meconial, insuficiência respiratória aguda, repercussões hemodinâmica de mal formações cardíacas e vasculares, e parada cardio respiratória. Essas patologias podem trazer em questões de segundos, ou poucos minutos repercussões para uma vida inteira, sequelas que podem ser evitadas com uma entubação realizada por mão de pediatras! Sequelas essas que irão honrar muito mais o serviço de saúde além de aumentar a taxa de mortalidade infantil, que lutamos tantos anos para diminuir.</p> <p>2ª: -</p>	
18/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica atuante em obstetrícia e já presenciei alguns partos cesáreas e normais em gestantes de baixo risco que os recém-nascidos estavam hipotônicos, taquicardíacos ou com malformações não evidenciadas na gestação ! Nessas situações os pediatras são cruciais para além dos simples cuidados básicos da sala de parto! Pois são capazes de firmar o diagnóstico, e de agir com rapidez e eficiência. Assegurando assim a saúde dos pequenos!</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A permanência do pediatra de plantão na maternidade data de 1992, quando começamos a atuar junto à obstetrícia e ganhar o espaço imprescindível para redução de recém nascidos anoxiados. durante o parto cesareano 10% dos bebês podem apresentar problemas e necessitem de procedimentos .que só o médico com experiência pode atuar, manobras de reanimação entubação, cateterismo umbilical administração de drogas, enfim seria necessário saber com certeza que o mesmo não poderia necessitar dos procedimentos. isso quase impossível, pois ninguém pode prever o futuro e esse minuto de ouro quando não bem realizado poderá mudar toda uma vida .Não vamos retroceder e arriscar a vida do filho de alguém ,que como leigo não sabe dos perigos que porventura pode correr com a assistência mal conduzida. Trabalho na assistência na sala de parto desde 1992 em maternidade e TODO PARTO É UMA CAIXA DE SURPRESA. Não vamos por em risco vidas !!</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A permanência do pediatra durante qualquer tipo de parto é fundamental para garantir boa vitalidade do neonato.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A permanência do pediatra durante qualquer tipo de parto é fundamental para garantir boa vitalidade do neonato.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Tirar o pediatra da sala de parto é submeter a criança a um risco absolutamente desnecessário. Trata-ose de uma economia burra porque o que vai se economizar agora se refletirá no tratamento de sequelas no futuro</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: DESEJO REFORÇAR AQUI A NECESSIDADE INDISPENSÁVEL DA PRESENÇA DO PEDIATRA NO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO VISANDO CONTRIBUIR PARA QUE NESTE MOMENTO DO INICIO DA VIDA EXTRA-ÚTERO SEJA OFERECIDO ATENDIMENTO MÉDICO QUALIFICADO COM A POSSIBILIDADE DE RESOLUÇÃO DE SITUAÇÕES MUITAS VEZES INESPERADAS QUE TRARIAM PREJUÍZOS AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA POSTERIORMENTE</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto mesmo em situações de baixo risco. A mortalidade infantil no Brasil ainda é alta e grande parcela é representada pelo período neonatal. Sem falar na morbidade, pois a presença do pediatra na sala de parto reduziu a incidência de paralisia cerebral . É um absurdo pensar em retirar o pediatra da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Na sala de parto tudo pode acontecer. Um parto sem risco pode evoluir de forma desfavorável, a falta de um pediatra em sala de parto, pode piorar ainda mais o prognóstico de uma criança.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: EM TODOS OS PARTOS, A PRESENÇA DO PEDIATRA SE FAZ INDISPENSÁVEL, POIS A ASSISTÊNCIA AO RÉCEM NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO É UM PONTO CRUCIAL PARA INFLUENCIAR NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEIS, UMA VEZ QUE UMA CRIANÇA COM SEQUELA NEUROPSICOMOTORA IRÁ REPRESENTAR CUSTOS MAIS ELEVADOS DO PONTO VISTA FINANCEIRO, FAMILIAR E PSICOSSOCIAL PARA A FAMÍLIA E O ESTADO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Esta medida é inaceitável, a presença do pediatra na sala de parto é extremamente importante para a prevenção de situações graves que possam ocorrer tanto com a mãe quanto com o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Maior irresponsabilidade já sugerida por este partido que está no poder. Visa única e exclusivamente a redução de gastos. Não favorece a melhoria da saúde em nenhum aspecto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASFIXIA NEONATAL É CAUSA IMPORTANTE DE MORBIDADE E MORTALIDADE NEONATAL NO BRASIL, SENDO INDISPENSÁVEL A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DO RÉCEM NASCIDO NO MOMENTO DO PARTO INDEPENDENTE DE SER OU NÃO GESTAÇÃO DE RISCO, COMO MANEIRA EFETIVA PARA PREVENIR E TRATAR ASFIXIA.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: "Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatra na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra". É um absurdo retirar o pediatra da sala de parto. Ao nascer e apresentar uma complicação (mesmo os pacientes de parto normal sem fatores de risco), o minuto de ouro é muito importante para a sobrevivência da criança. Já presenciei vários partos nos quais o RN precisou de uma ajuda do pediatra, mesmo sem fatores de risco. Tirar o pediatra da sala de parto é negar assistência a população</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASFIXIA NEONATAL É UM COMPONENTE IMPORTANTE NA MORBIMORTALIDADE NO BRASIL, SENDO FUNDAMENTAL A PRESENÇA DO PEDIATRA EM TODOS OS PARTOS, INDEPENDENTE DE TER A PRESENÇA DE FATORES DE RISCO, PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA AO RÉCEM NASCIDO E DESSA MANEIRA PREVENIR E FAZER INTERVENÇÃO ADEQUADA AO RÉCEM, EVITANDO AS SEQUELAS NEUROPSICOMOTORAS E PROTANTO ELEVADOS CUSTOS PARA A FAMÍLIA E O ESTADO.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
19/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: Sou Pediatra com 16 anos de experiência em salas de parto e sei que TODAS necessitam de um PEDIATRA trinado para assistência ao recém nascido, pois NENHUMA situação prévia( parto normal ou cesárea sem comobirdades) garantem que não haverá emergência neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Com o avanço do acesso ao pediatra/neonatalogista na sala de parto presenciamos uma redução da mortalidade neonatal nas últimas décadas. Deve-se levar em conta a redução das sequelas e morbidade neonatal. A cesárea é um procedimento cirúrgico, por si só um risco para o Recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: São Paulo, 19 de maio de 2015. À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde, Em relação ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), Diretrizes sobre a Cesariana, no questionamento “Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?” (página 62), segue a contribuição abaixo. Diante dos objetivos do documento em consulta pública e da Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (página 19); Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º). O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. • Entre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989). • Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4,9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995). • Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob &amp; Pfenninger, 1997). • Na Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &gt;37 semanas e peso ao nascer &gt;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior do procedimento nos nascidos via</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998). • Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000). • Em Sydney (Austrália), coorte hospitalar avaliada entre 1990 e 2002 com 3.119 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.547 partos vaginais, ambos em gestações únicas de conceptos a termo sem sofrimento fetal, houve necessidade de reanimação em 7,8% dos nascidos por cesárea vs. 4,2% dos nascidos por parto vaginal. A reanimação com intubação e/ou massagem cardíaca foi necessária, respectivamente, em 0,3% e 0,2%. O Apgar de primeiro minuto de 0-5 foi similar para ambos os grupos (Gordon et al, 2005). • Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &#805;37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006). • Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidos de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). • Em Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade

gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood & Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf>). Referências: Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83:869-73. Gordon A, McKechnie EJ, Jeffery H. Pediatric presence at cesarean section: justified or not? Am J Obstet Gynecol. 2005;193:599-605. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstet Gynecol. 1997;89:217-20. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010;122 (18 Suppl 3):S909-19. Kattwinkel J. Textbook of neonatal resuscitation. 6th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics/American Heart Association; 2011. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. Anesth Analg. 1989;68:270-5. Ozlu F, Yapıcı H, Ulu B, Buyukkurt S, Unlugenc H. Do all deliveries with elective caesarean section need paediatrician attendance? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25:2766-8. Parsons SJ, Sonneveld S, Nolan T. Is a paediatrician needed at all caesarean sections? J Paediatr Child Health. 1998;34:241-4. Posen R, Friedlich P, Chan L, Miller D. Relationship between fetal monitoring and resuscitative needs: fetal distress versus routine cesarean deliveries. J



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.Wood FE, Morley CJ. Face mask ventilation--the dos and don`ts. Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51.Eduardo da Silva Vaz Presidente da Sociedade Brasileira de PediatriaE-mail: presidente@sbp.com.brTel (21)2548-1999</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: CONSIDERO PRIMORDIAL NA PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL PARA OBTERMOS A REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL, A PRESENÇA DO PEDIATRA NA ASSISTÊNCIA DE TODOS OS RÉCÉM NASCIDOS EM SALA DE PARTO, INDEPENDENTES DE HAVER PRESENÇA DE RISCOS NA GESTAÇÃO.A ASFIXIA NEONATAL É UM COMPONENTE IMPORTANTE NA MORTALIDADE NEONATAL E NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Outra	<p>1ª: A proposta do ministerio da saúde vai na contramão de todos os protocolos internacionais de assistência ao Recem Nascido. O Atendimento MÉDICO no primeiro minuto de vida, o chamado Gloden Minute, pode evitar o obito e complicações tardias como encefalopatia hipoxico isquêmica, que pode comprometer toda a vida daquela pessoa. Mesmo em gestações com pre natal adequado (nem sempre disponivel para todas as gestantes, particularmente no SUS), trabalho de parto bem conduzido, algumas crianças podem necessitar de alguma intervenção médica no sentido de garantir uma evolução adequada. Acredito que o Ministerio da Saude deveria propor medidas no sentido oposito: ou seja, garantir a TODOS os recém nascidos (independente do plano de saude materno, situação socioeconomica familiar, assistencia recebida no pre natal, tipo de parto) assistência MÉDICA no 1o minuto de vida.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: A MORTALIDADE INFANTIL NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DECORRE DIRETAMENTE DA MORTALIDADE NEONATAL E DAS SEQUELAS DO PERÍODO PERINATAL, SENDO A ASFIXIA UM IMPORTANTE COMPONENTE DA MORBIMORTALIDADE NEONATAL. A ASSISTÊNCIA ADEQUADA AO RÉCÉM NASCIDO NA SALA DE PARTO GARANTIDA PELA PRESENÇA DO PEDIATRA EM TODOS OS PARTOS INDEPENDENTE DA PRESENÇA OU NÃO DE FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO É UM FATOR IMPORTANTE E DECISIVO PARA ASSEGURAR UMA VIDA COM QUALIDADE PARA ESSE RÉCÉM NASCIDO, ATRAVÉS DA PREVENÇÃO DE SEQUELAS.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Como médica pediatra, não concordo com a propositura o Relatório de Recomendação sobre a proposta de elaboração das diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana, Consulta Pública nº 08/2015, onde o pediatra não seria necessário para o atendimento ao recém nascido em cesarianas consideradas de baixo risco. Formada há 23 anos, sendo atuante na área de neonatologia e monitora do curso de Reanimação Neonatal há vários anos, acompanhei a evolução do atendimento ao recém nascido em sala de parto e da DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE NEONATAL e, principalmente, da MORBIDADE. O que observo agora, é um retrocesso e uma temeridade. Cesarianas de baixo risco não estão livres de complicações neonatais e estas dependem diretamente do atendimento do pediatra para o melhor desfecho. A menos que haja um interesse em piorar a assistência ao recém nascido, esta proposta deve ser REPUDIADA COM VEEMÊNCIA.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: TODOS OS RÉCEM NASCIDOS INDEPENDENTES DA PRESENÇA OU NÃO DE FATORES DE RISCO NA GESTAÇÃO DEVEM TER GARANTIDOS A PRESENÇA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO E DESSA MANEIRA ASSEGURAR A PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL E PORTANTO PREVENIR A MORTALIDADE NEONATAL E AS SEQUELAS A CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZOS.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de pediatra habilitado em TODOS os passos da reanimação neonatal e imprescindível para assistência de qualidade para o recém nascido. Devera estar presente em todo e qualquer todo e qualquer nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: NÃO CONCORDO COM A RETIRADA DO PEDIATRA DA SALA DE PARTO!!!</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho um total retrocesso a retirada de neonatologistas quando da cesareana, já que essa conquista permite uma recepção segura a todo recém nascido, independente da indicação da cesárea e do tipo de anestesia. Ademais entendo que somente o neonatologista tem a formação mais completa necessária p promover tanto a assistência, mas sobretudo a reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em consonância às Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria manifesto DESACORDO em relação ao Proposto pela Consulta Pública nº 08/2015 - "Cuidados do Recém-nascido na Sala de Parto" cujo relatório do CONITEC " (...) considera que não há necessidade de pediatra na sala de parto em cesariana quando o feto esta a termo, na ausência de situação de risco para gestante (...)". REFORÇO que a assistência ao Recém-nascido em qualquer situação merece atenção de um profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: - Objetivos do documento em consulta pública: “tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (página 19);- Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º).O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas.A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal.&amp;#61623; Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989).&amp;#61623; Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4.9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995).&amp;#61623; Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob &amp; Pfenninger, 1997).&amp;#61623; Na Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &amp;#8805;37 semanas e peso ao nascer &amp;#8805;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior do procedimento nos nascidos via cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998).&amp;#61623; Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara</p>	

ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000). Em Sydney (Austrália), coorte hospitalar avaliada entre 1990 e 2002 com 3.119 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.547 partos vaginais, ambos em gestações únicas de conceitos a termo sem sofrimento fetal, houve necessidade de reanimação em 7,8% dos nascidos por cesárea vs. 4,2% dos nascidos por parto vaginal. A reanimação com intubação e/ou massagem cardíaca foi necessária, respectivamente, em 0,3% e 0,2%. O Apgar de primeiro minuto de 0-5 foi similar para ambos os grupos (Gordon et al, 2005). Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceitos com idade gestacional >37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006). Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidos de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). Em Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação compressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood &amp; Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Katwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Por tudo isto acho que não há respaldo científico para mudança da norma de assistência pediátrica em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Como pediatra que realiza atendimentos em sala de parto vivencio diariamente atendimentos a neonatos apos seu nascimento. Já atendi em período que o pediatra não era obrigatório em sala de parto, e era frequentemente chamada para atender a bebês asfixiados nascidos de cesareanas aparentemente sem nenhum risco neonatal. Desde que o atendimento pelo pediatra passou a ser uma norma, tal fato não ocorreu mais visto que o atendimento adequado no momento do nascimento promove uma adequada transição cardiorrespiratória neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A ausência do pediatra na sala de parto poderá causar mais problemas do que já temos hoje, sendo a morte de pacientes o pior deles. Sabemos da falta do profissional, que tal fazer uma carreira de Estado, nos moldes do Judiciario para os médicos ? Provavelmente não haveria falta de profissional habilitado, pos graduado, comprometido, etc.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Inadmissível a retirada do Pediatra/ neonatologista da sala de parto, uma vez que os cuidados nos primeiros minutos de vida são essenciais e que podem evitar de deixar sequelas, principalmente as neurológicas e que são irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de salientar o fato de que a maioria dos bebês realmente necessitam de pouca ou nenhuma ajuda para nascer. Porém, aqueles que porventura precisarem de qualquer intervenção, esta deve ser feita de maneira precisa e eficiente, sendo que uma pequena parcela destes recém-nascidos evoluem para procedimentos médicos que deveriam ser feito pelo profissional mais qualificado para atender este paciente: o pediatra. A falta de experiência dos profissionais de outras áreas pode comprometer o desfecho neonatal. Também devemos lembrar que os partos cesáreas têm suas devidas indicações para ocorrer, deixando-se assim de ser um procedimento totalmente eletivo, isento de riscos ao nascimento do recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou pediatra e isso é um absurdo! O parto é um momento imprevisível! Tirar esse direito das crianças fere o atributo do estado de sempre contribuir para a melhor solução para as crianças! Sou contra a retirada deste profissional durante o parto</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É FUNDAMENTAL a presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: E fundamentalna presenca na salamde parto em qualquer procedimento de desarea</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Cesariana envolve riscos especificos para a crianca em sala de parto que so um pediatra pode diagnosticar e tratar.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra é imorencidível na sala de parto, não sendo possivel substituí-lo por qualquer outro profissional de saúde até mesmo por um médico de outra especialidade. Muitas das intercorrências com o recém -nascido neste ambiente não podem ser previstas e, portanto, a presença do pediatra, profissional responsável pela avaliação e prestação de socorro é necessária em TODAS as salas de parto sem exceção.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Eu, como médico acho um completo absurdo uma sala de parto não ter a presença obrigatória de um pediatra. Isso vai contra tudo que pregamos para saúde publica brasileira. A economia gerada por esse decreto não vai ser maior do que as vidas perdidas e sequelas geradas pela falta de um medico preparado para lidar com imprevistos e complicações do recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Para assistência adequada ao parto e primeiros cuidados do bebê recém-nascido se faz necessária uma equipe médica de obstetra, pediatra e anestesista (este ultimo em caso de necessária uma cirurgia cesareana). O nascimento é um momento de extrema importância, onde, por mais que seja considerado de baixo risco, podem acontecer imprevistos. Não existe parto de nenhum risco, por mais que seja esperado que tudo corra bem, sempre existem risco ainda que baixo. E no momento em que há alguma complicação, a presença de um pediatra e/ou médico obstetra pode ser decisiva para salvar a vida de mãe e recém-nascido. Há procedimentos que nem enfermeiros obstetras nem parteiras obstetrizes são aptos nem legalizados a fazer. A não presença obrigatória dos profissionais médicos ira apenas aumentar os riscos e índices de mortalidade materna e neonatal. Representa um retrocesso na assistência à saúde.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Sou médico Pediatra, formado há 20 anos, com experiência em sala de Parto....O parto é um momento de muitas incertezas, pois a gravidez pode transcorrer normal desde o começo, e acontecer um imprevisto na hora exata do nascimento, muitas vezes exigindo a entubação do RN ou até mesmo o uso de drogas. Somam-se ultrassons imprecisos com cesareanas marcadas fundamentadas nessa idade gestacional ....ocasionando surpresas desagradáveis...Imagino que a idéia principal de quem formulou essa mudança seria de diminuir os custos operacionais, dispensando a necessidade do Pediatra em todas as salas de Parto, que no meu entender é o correto. A obstetrícia é a especialidade que, estatisticamente, mais sofre processos judiciais na Medicina...Creio que os senhores burocratas não desejem piorar ainda mais essa última afirmativa. Atenciosamente, Marcelo Valeriano Rezende.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: SOU PEDIATRA E PRESTO ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS DO HOSPITAL YUTAKA TAKEDA, NO SUL DO PARÁ. SOMOS EM 3 PEDIATRAS, 80 % DOS PARTOS DESTE HOSPITAL PARTICULAR SÃO CESARIANAS E , PELA EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO, TEMOS UM ELEVADO ÍNDICE DE COMPLICAÇÕES OCORRIDAS COM OS RNs EM SALA DE PARTO, DENTRE ELES, A DEPRESSÃO NEONATAL PRECOCE E (O MAIS FREQUENTE) O DESCONFORTO RESPIRATÓRIO PRECOCE. MUITAS CESARIANAS SAO INDICADAS POR EMERGENCIAS OBSTETRICAS, COMO DESCOLAMENTO DE PLACENTA, SOFRIMENTO FECAL COM PRESENÇA DE MECONIO NO LIQUIDO AMNIOTICO, QUE TAMBÉM CONTRIBUI PARA QUE ESSES BEBÊS NASÇAM DEPRIMIDOS, CIANÓTICOS,COM NECESSIDADE DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONTAL ,ALGUNS COM NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECANICA, QUE DEVEM SER REALIZADAS POR MÉDICO EXPERIENTE. A ENFERMAGEM DO HOSPITAL EM QUE TRABALHO NAO TEM CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL, O QUE TORNA A PRESENÇA DO MÉDICO PEDIATRA AINDA MAIS IMPORTANTE- ESPECIALMENTE NAS CESÁREAS.ANTERIORMENTE FIZ SALAS DE PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO E A FREQUENCIA DA NECESSIDADE DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO ERA RELATIVAMENTE ALTA.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.( ) Não</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência neonatal é complexa e exige tratamento adequado por especialista, dentro de um ambiente hospitalar adequado. É sabido que o nascimento é um fenômeno biológico natural, mas que, entretanto, pode apresentar complicações fatais ou deixar sequelas graves. Os profissionais treinados para assistir os neonatos são os pediatras neonatologistas sendo óbvio, portanto, que ele deve estar sempre presente na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Não acho válido retirar o pediatra da sala de parto porque haja algum problema com o bebê não há nenhuma pessoa capacitada para resolver, visto que no Brasil não é permitido ao enfermeiro entubar pacientes.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou médica e professora de 3º grau (UNIRIO), trabalho em Hospital Universitário e na minha experiência as filhas de gestantes de alto risco nascem bem, pois as mães são super acompanhadas. Geralmente os recém-nascidos que não nascem bem, são filhos de gestantes de baixo ou nenhum (se existir) risco, pois estas não tiveram o acompanhamento tão rigoroso. Pensando em custo x benefício, vejam o que sai mais barato: um pediatra na sala de parto ou um ser humano (desde recém-nascido até seu falecimento) com lesão cerebral, mesmo que pequena, por atendimento inadequado na sala de parto. Pessoas com lesão cerebral, mesmo que pequenas, poderão de problemas de aprendizado influenciando em toda a sua escolaridade e profissionalização futura, podendo até ficar completamente dependente dos pais e do governo (\$)</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como coordenadora estadual adjunta da reanimação neonatal essa proposta é impraticável visto que qualquer nascimento pode complicar e se não tiver um pediatra capacitado na sala de parto poderá trazer graves e irreversíveis consequências a este neonatologia.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é indispensável, visto que mesmo em gestantes sem risco prévio podem ocorrer complicações durante o parto e sem a presença do pediatra diminuímos a sobrevivência do recém nascido. Os pediatras que fazem sala de parto são especializados em neonatologia e não têm como ser substituídos, sabem lidar com qualquer tipo de complicação que possa ocorrer com o bebê.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O nascimento é o momento crucial na vida do ser humano. Precisamos, sempre, de um pediatra em sala de parto. A reanimação neonatal é de extrema importância na vida do neonato e não dá para determinar quem é qual parto necessitará de atendimento. Urgências acontecem a qualquer momentos, e nem sempre são previsíveis.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou estudante de medicina e já pude presenciar alguns partos normais e cesáreas. Minha opinião é que o pediatra é imprescindível em qualquer sala de parto seja ele por via vaginal ou cesárea, seja o recém nascido a termo ou não.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acredito na necessidade do pediatra na assistência neonatal do recém-nascido durante o parto cesareano no ambiente hospitalar. Um em cada 10 recém-nascidos necessita de manobras de reanimação. A cirurgia do Parto cesáreo tem um risco mais elevado porque a anestesia pode causar hipotensão materna. Dessa maneira o risco de necessidades de manobras mais avançadas é mais elevado. Outro ponto importante é a necessidade de treinamento contante de toda a equipe para reanimar o recém-nascido. Pesquisa da Sociedade Brasileira de Pediatria contatou que 5 bebês morrem ao dia sem malformação congênita por asfixia no país. Logo, mudanças relacionadas a assistência neonatal necessitam ser bem avaliadas. Eu acredito em uma melhor assistência Neonatal, mas precisamos analisar as pesquisas e evidências científicas de cada região. A realidade do Brasil não é igual a da Holanda. Portanto acho que a presença do pediatra no nascimento cesariano é fundamental.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A assistência pediátrica em sala de parto não diz respeito apenas à reanimação neonatal propriamente dita, a qual, apesar de se poder levantar o risco da necessidade de intervenção médica, ainda assim nos apresenta cerca de 3% de imprevistos. O pediatra presente faz uma avaliação de riscos clínicos com programações pertinentes, evitando problemas futuros (hipoglicemia, icterícia, etc..)</p> <p>2ª: Entendo que a equipe que assiste aos partos e nascimentos possam ter enfermeiras obstetras. Entretanto, não se pode abrir mão da presença do pediatra nessa equipe.</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Experiencia: Pediatra e fundamental na sala de partoMinuto de ouro exige que o nene seja atendido por profissional medico qualificado no primeiro minuto!</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Experiencia: Pediatra e fundamental na sala de partoMinuto de ouro exige que o nene seja atendido por profissional medico qualificado no primeiro minuto!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Permanência do pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou Pediatra e Neonatologista há 27 anos, e minhas funções atualmente são em consultório, salas de parto e docência. Participei de inúmeras salas de parto, nas maternidades privadas e principalmente em CST eletivas. Posso assegurar por experiência própria e pelas estatísticas que muitas vezes houve a necessidade de intervenção com o RN, ou seja reanimação neonatal, de imediato, evitando assim consequências indesejáveis futuras. Acredito que em alguns lugares no Brasil, não tenha pediatra para atender essa demanda, por isso dessa consulta pública. Meu questionamento seria, em caso de qualquer intercorrência com o RN e não havendo pediatra para prontamente reanima-lo, caso ocorra uma fatalidade, quem assumirá a culpa? Não estaremos indo na contra mão de tudo o que é progresso? Ao invés de melhorarmos nosso sistema de saúde estamos delegando a outros profissionais menos qualificados para assumir riscos desnecessários? Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73)</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou Pediatra há 43 anos, com especialização (fellowship) em Neonatologia realizada na New York Medical College. Já assisti há mais de 17.000 partos, cesáreos em sua maioria pela cultura do parto operatório implantado no país. Fui professor de Neonatologia da UFRJ, Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria, o implantador e primeiro coordenador do Curso de Reanimação Neonatal do Brasil e, atualmente, membro Titular da Academia Brasileira de Pediatria. em toda a minha vida profissional e acadêmica tive oportunidade de reconhecer a importância do Pediatra na Sala de Partos, seja por via baixa ou operatória, de risco ou sem risco. Há um antigo ditado inglês, de autor desconhecido que diz: "Há dois dias muito importantes em nossas vidas: o primeiro e o último" Quanto ao último, não há nada que possamos fazer além de torna-lo o mais digno e menos sofrido; quanto ao primeiro, que todos os esforços e meios estejam à disposição de assegurar uma transição saudável da vida intra- para extra-uterina. Como o parto cesáreo, mesmo eletivo e de baixo risco, é anti-natural, envolvendo riscos maiores para a adaptação do recém-nascido, julgo ser muito temeroso (e um retrocesso) renunciar à presença de um pediatra na sala de partos para o atendimento ao recém-nascido. É impossível prever-se, com total certeza, qual dos bebês nascidos de parto cesáreo de baixo risco vai necessitar de um atendimento diferenciado. Finalmente, por que correr esse risco diante do minuto (dito "de ouro") mais importante na vida do novo ser?</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é imprescindível na sala de parto para poder oferecer os primeiros suportes ao recém nascido. Esse suporte é de competência exclusiva do pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toda criança tem o direito de uma assistência especializada desde o nascimento, mesmo em partos considerados de baixo risco pode haver complicações e o atendimento adequado salva vidas e não falo só em salvar, mas também na qualidade de vida dessa criança no futuro, pois se não for assistida de maneira adequada pode ficar com sequelas, considero isso um retrocesso a tudo que já foi conquistado e melhorado em relação à assistência em sala de parto. Melhorem a saúde, as condições de trabalho e a remuneração, que com certeza não haverá falta de pediatras.... Desviem menos verbas, que com certeza, sobrarão dinheiro e investimento.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: O governo quer fazer corte na saúde Pq é incompetente. A situação da saúde Brasileira é um descaso total. O PT está literalmente sucateando todo sistema. É uma situação vergonhosa. Combata a corrupção, devolva o dinheiro que está sendo surrupiado através da petrobras, da Cef e BNDES, faça uma coletiva de imprensa pedindo desculpas a todos os brasileiros pelo péssimo governo. Nunca senti tanta vergonha de um governo como sinto do atual.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como estudante da área de saúde vejo a imensa importância do pediatra na sala de parto, pois caso ocorra alguma complicação quem será a pessoa apta a socorrer o neonato? O enfermeiro que não foi treinado para isso é não pode medicar e não sabe entubar? O obstetra que não tem conhecimento nenhum sobre a pediatria e as possíveis causas de complicação? Será necessário qts óbitos para ver que esse corte de verbas- sim, eu vejo dessa forma- do trata prejuízo?</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Esse projeto de lei representa um grande retrocesso e grave risco para as crianças brasileiras. Sabe-se que, mesmo em condições ideais do andamento de um parto, o recém-nascido pode apresentar problemas que requerem a atuação IMEDIATA do pediatra, como, por exemplo, a aspiração de secreções espessas e o oferecimento de ventilação e oxigenação adequada. Cabe ressaltar que a diminuição da oxigenação do bebê, imediatamente após o nascimento, é FATOR DETERMINANTE de PROBLEMAS GRAVÍSSIMOS no decorrer de toda a vida da criança, especialmente a PARALISIA CEREBRAL. Crianças com sequelas neurológicas demandam tratamento de alta complexidade, em inúmeras áreas de conhecimento e requerem assistência domiciliar, ambulatorial, hospitalar clínica e cirúrgica que CERTAMENTE ONERARAM MUITO MAIS O SISTEMA DE SAÚDE do que a SUPOSTA economia que o projeto poderia acarretar. Isso sem mencionar a imensa cicatriz social que acarreta: crianças gravemente acometidas por quadros neurológicos limitantes necessitando de cuidados de pais traumatizados com o fato, baixíssima disponibilidade de instrumentos de Estado para oferecer tratamento digno e adequado a essas crianças. RESUMINDO; O PROJETO É ABSURDO, SEM O MENOR EMBASAMENTO CIENTÍFICO E EXTREMAMENTE DANO PARA A SOCIEDADE BRASILEIRA, ESPECIALMENTE PARA O FUTURO DAS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: SABEMOS DA IMPORTANCIA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO, UNICO PROFISSIONAL CAPAZ DE DAR ATENDIMENTO CORRETO NO RN. NEM O OBSTETRA NEM ANESTESISTA, NEM A ENFERMEIRA TEM TAIS HABILIDADES</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra no momento de qualquer tipo de parto é essencial. Nenhum parto é completamente isento de risco. Complicações com o o bebê no momento do nascimento podem acontecer mesmo que o pré natal tenha sido sem anormalidades e a presença do pediatra (profissional capacitado a agir/ intervir se necessário sem causar dao) é vital e decisivo para determinar a maior ou menor chace dessa criança ter sua saúde comprometia em maior ou menor grau.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: meu trabalho de vinte anos em servico público me embasa a dizer que sala de parto é uma emergencia,ou seja, sempre uma surpresa. Pode ser tudo tranquilo ou não, mesmo com um bom pre natal ou eletiva e, infelizmente, as excessões são sempre as piores</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal, consolidado em nosso país, demonstra, por todas as suas evidências, a importância se um pediatra treinado em Reanimação em todos os partos. A capilaridade do Programa já treinou muitos profissionais, em todo o país. Em áreas carentes de pediatras, admite-se o atendimento por outro profissional, também treinado.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A literatura médica atual informa que cerca de 10 por cento dos recém nascidos necessitam de algum auxílio para iniciar a respiração e que o primeiro minuto é o mais importante neste auxílio pois neste momento evitaremos hipoxia neonatal. Este número inclui também os recém nascidos a termo e de parto cesareo. É extremamente contraditório o Brasil buscar diminuir o número de neonatos asfixiados e afirmar que não há necessidade de pediatria para recepcionar rn a termo nascido de parto cesareo!</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	1ª: A presença do pediatra na sala de parto é imprescindível. Não podemos retroceder. 2ª: -	
19/05/2015	Sociedade médica	1ª: O pediatra é indispensável em qualquer tipo de parto. Há sempre riscos, para mãe e criança, em qualquer parto e apenas médicos têm as condições de promover um atendimento adequado e assumir as responsabilidades pelo mesmo. 2ª: -	
19/05/2015	Sociedade médica	1ª: Se vai ser parto normal ou cesárea, isto deveria ser decidido por um obstetra idôneo e bem habilitado. O excesso de cesáreas é inadequado, mas está havendo um movimento pelo parto normal que não respeita suas indicações tb, pergunto e o RN, ninguém está levantando nada em termos de asfixia, vale a opinião de uma mãe leiga que quer um monte de coisas que não tem conhecimento para opinar. Boa prática médica é outra coisa, no hospital que trabalho estamos boquiabertos com o que está acontecendo, parece que pacientes e alguns médicos ficaram loucos e os RN completamente desamparados!!!! 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O objetivo da presente exposição e o de contribuir para a melhoria na assistência ao recém-nascidos em especial nas unidades do SUS. E sabido da redução da mortalidade infantil nas ultimas décadas mas também e claro e notório que nos últimos anos esta queda esta em processo de paralisação e quando decompõe-se o indicador de mortalidade verifica-se um aumento nas faixas neonatal precoce e tardio o que denota falhas na assistência pré-natal e na sala de parto . Frente a isso nos últimos tempos muitas ações foram tomadas com intuito de mitigar tal situação e entre estas a normatização da presença de pediatra em sala de parto e treinamento destes com finalidade de melhorar a assistência ao nascimento. outro ponto e a luta do ministério na intenção de reduzir o índice de cesarianas e isto vai contra totalmente a atual discussão de ausência de pediatras em situações em que não a sequer indicação de cesariana. Na mesma discussão quer se desmontar discussões e lutas de anos contra um conjunto de conhecimento epidemiológicos e científicos. Acredito que tal ideia deva ser repensada e ate esclarecer melhor o que se pretende com tal medida. Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º). Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83:869-73</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A literatura médica atual informa que cerca de 10 por cento dos recém nascidos necessitam de algum auxílio para iniciar a respiração e que o primeiro minuto é o mais importante neste auxílio pois neste momento evitaremos hipoxia neonatal. Este número inclui também os recém nascidos a termo e de parto cesareo. É extremamente contraditório o Brasil buscar diminuir o número de neonatos asfíxiados e afirmar que não há necessidade de pediatria para receber o RN a termo nascido de parto cesareo!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não é desnecessário a presença de um pediatra na sala de parto. é essencial!</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Ressaltar a importancia da participação do Peditara na Sala de Parto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: O pediatra é profissional indispensável ao atendimento ao recém nascidos em sala de partoNos últimos anos temos visto uma redução importante redução da mórbid mortalidade devido a melhoria da qualidade da assistência ao nascimento o que estamos em risco de perder devido a ausência deste profissional no atendimento às nossas crianças.A potencial "economia" que provavelmente motiva essa iniciativa será perdida no cuidado necessário as crianças anoxiados por falta da assistência do pediatra ao nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica Ginecologista e Obstetra, pela experiência vivenciada, é de extrema necessidade a existência do pediatra na sala de parto, pois mesmo em gestações de risco habitual RNs podem nascer deprimidos e neste caso a assistência do neonatologista se mostra de suma importância, pois se o pediatra não se faz presente nestas situações, que não são incomuns, quem prestará assistência ao recém-nascido? O Obstetra, que deixa de prestar assistência a parturiente para dar assistência ao RN? Eu na qualidade de obstetra, e diante do juramento que fiz na Faculdade, prezando a minha integridade profissional e a integridade física e psíquica de minhas pacientes, me recuso em trabalhar em instituições que não tenham equipe de neonatologista na sala de parto. Dessa forma, acredito que se esta lei absurda for aprovada, as maternidades do Brasil também terão carência de obstetras.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O programa de Reanimação Neonatal questiona sobre "Quais Recém-nascidos necessitam ser reanimados?" o próprio programa responde que "aproximadamente 10% dos neonatos precisam de uma assistência para começar a respirar logo após o nascimento; menos de 1% necessita de manobras de reanimação avançadas para sobreviver... A presença de fator de risco pode ajudar a identificar os bebês que precisarão de reanimação, porém, o pediatra e neonatologista deve estar sempre pronto a reanimar o recém-nascido, visto que, mesmo na ausência de fatores de risco, alguns pacientes precisarão ser reanimados". O Programa de Reanimação ainda enfatiza que "Todo nascimento deve ser atendido por, pelo menos, uma pessoa capacitada a realizar a reanimação neonatal e cuja única responsabilidade seja o atendimento do bebê". O "Golden minute" ou "Minuto de ouro" é muito importante e quer dizer que você tem 1 minuto para começar a reanimação avançada caso seus passos iniciais não surtam efeito... como exemplo disso, se um bebê que nasceu está com muita secreção, a sua respiração não vai ser efetiva (levando a apnéia primária) e se não realizar os procedimentos iniciais o quanto antes, como por exemplo aspirar as vias aéreas desde RN ou reanimar utilizando uma ventilação com pressão positiva através do uso do ambu, esse RN pode entrar em apnéia secundária, podendo até necessitar de massagem cardíaca e drogas para reverter o quadro. A cada segundo de retardo no início dessas manobras aumenta a morbimortalidade do recém-nascido. É importante saber que estudo publicado no Lancet (uma das principais revistas médicas) coloca que: 23% de cerca de 4 milhões das mortes no período neonatal se devem a asfixia, o que dá cerca de 920.000 mortes por asfixia. A revista ainda pondera que para muitos desses neonatos, o acesso a reanimação adequada e imediata não era disponível... Basta saber disso para entender que ACABAR COM O PEDIATRA NA SALA DE PARTO É DIZER NÃO À VIDA e é dizer que vamos ter um aumento de bebês asfixiados e com sequelas neurológicas.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Inadmissível tamanha ignorancia dos responsaveis por essa opcao na saude, seja ela publica ou privada, pois o numero de crianças neuropatas anoxiadas sera consideravel, e nao deveria depender de plano.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médica com especialização em pediatria/neonatologia. Considero o parto abdominal como uma contribuição emergencial a distócia do parto vaginal e/ou ao risco de morte de feto ou mãe. Nunca vejo essa opção como conforto do obstetra ou fuga a dor do parto vaginal pela gestante.Partindo então do princípio em que é uma saída segura aos distúrbios de um parto, que eu denomino de fisiológico, a presença de um pediatra com treinamento em reanimação neonatal é fundamental pra que o risco de morbimortalidade neonatal seja o minimo possível.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou pela obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto, para segurança do bebê. Igualmente, o hospital deve ter CTI neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Privar nossas crianças de um atendimento adequado, com profissional habilitado para executar todos os passos da reanimação,até administração de drogas, é no mínimo um ato irresponsável.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Como é amplamente conhecido, mesmo nas cesarianas de baixo risco o RN pode necessitar de manobras de reanimação neonatal, o atraso ou uso de manobras inadequadas poderá piorar a morbimortalidade desses pacientes.O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra o parto desacompanhado de pediatra, mesmo que seja um parto de baixo risco. O período perinatal é um momento de diversos acontecimentos que fogem do controle da previsibilidade e se não for bem acompanhado, pode trazer sequelas definitivas ao concepto, inclusive o óbito.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: acho imprescindível a presença do um profissional médico em cada nascimento, de preferência treinado na assistência em reanimação neonatal uma vez que devemos estar preparados para eventuais intercorrências durante o parto e, somente assim poderemos diminuir o índice de asfixia e mesmo óbito durante o parto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou contra a proposta de retirarem o pediatra da sala de cirurgia no momento do parto. O custo de uma vida, seja da mãe ou do bebê, é muito mais amplo que a referida estatística econômica e deve ser discutido seriamente e com a devida responsabilidade. É direito do cidadão e dever do Estado proteger a vida em um momento de múltiplas possibilidades de complicações. O primeiro pronto atendimento faz toda à diferença nesta situação. Muito obrigado.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como obstetra sou totalmente contra à ausência de pediatra em qualquer parto e nao apenas cesareana, mesmo que seja eletiva. Um sofrimento fetal agudo ocorre de forma inesperada e para que tenhamos um atendimento imediato e adequado ao Rn só mesmo com a presença do médico pediatra , o profissional mais qualificado e adequado ,dentro da sala de parto. A ausência de medicos no mercado de trabalho não deve ser tratada dessa forma leviana ,preterindo a qualidade e excelencia do atendimento medico em prol da diminuição de custos . Isso é um absurdo e um grande retrocesso para a obstetricia e neonatologia, mas mais ainda para as futuras gestantes e mães.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Uma gravidez é considerada de baixo risco quando não necessita de intervenções de maior complexidade e a morbimortalidade materna e perinatal são menores do que a da população geral, ou seja, SOMENTE pode ser confirmada após o parto e o puerpério [grifo nosso].<sup>1</sup> É sabido que o acompanhamento pré-natal quantitativa e qualitativamente bem conduzido é capaz de prevenir, primária e secundariamente, muitos agravos maternos e do concepto, porém esta é uma realidade ainda distante para a maioria das mulheres que dependem do SUS e, mesmo nos casos ideais, não é possível assegurar 100% de infalibilidade acerca das condições de nascimento das crianças. Numa maternidade da cidade de Abreu e Lima (região metropolitana de Recife/PE) que atendia parturientes de baixo risco, as quais, teoricamente, deveriam dar à luz bebês saudáveis, frequentemente se deparava com neonatos que nasciam asfixiados e necessitavam de ventilação com pressão positiva e, certa vez, até de intubação endotraqueal e transferência emergencial a uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. Por mais que representem a minoria dos casos se tomado o painel epidemiológico geral, para estes não infrequentes nem desprezíveis pacientes a presença de um profissional especializado em reanimação neonatal (no mínimo, pediatra; idealmente, neonatologista) certamente se faz decisiva para lhes oferecer as máximas chances de sobrevivência. E, para a mulher que perde o filho, este não era um em mil... Era tudo. 1. Gaio DSM. Assistência pré-natal e puerpério. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, colaboradores. Medicina ambulatorial condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 357-67.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: É fundamental um pediatra na sala de parto sempre. Isto gera segurança a mãe</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Conforme dados da literatura 2,5-55 dos Rn por cesareana eletiva irão necessitar de ventilação com balão e máscara, procedimento que deve ser realizado por profissional especializado. Desses RN 0,55 necessitarão de intubação oro-traqueal.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Indiscutivelmente não se pode desconhecer as evidências científicas que respaldam a importância da presença do pediatra em toda sala de parto. Aqueles que não reconhecem isto deveriam abrir mão de ter este profissional atendendo seus parentes mais próximos...até por uma coerência filosófica!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica, acho fundamental a presença de um pediatra na sala de parto. Em dezenas de partos a que prestei assistência, o pediatra foi capaz de reverter uma situação potencialmente grave para o feto. Isto é, vi muitas e muitas crinaças que podiam ter morrido ou ficado com sequelas graves se não fosse o pronto atendimento do pediatra. Portanto, acho que toda mãe e todo bebê merecem, têm direito, a um pediatra em sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Elaborar protocolo para classificar de forma clara quais partos precisam de pediatra</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: segue abaixo</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Considero indispensável a presença do pediatra na sala de parto cesariana. Assim como como todo procedimento deve ter um pediatra/médico treinado e capaz de executar TODOS os passos da reanimação neonatal para rever asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É um risco enorme para o RN que nasce em uma sala de parto sem pediatra para atendê-lo. Sou contra a ação de retirada desse profissional da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: COMO NEONATOLOGISTA VEJO COMO TEMERÁRIA A PRESENÇA DE PROFISSIONAL NÃO HABILITADO / TREINADO EM REANIMAÇÃO NEONATAL, MESMO SENDO MÉDICO, QUIÇÁ NÃO MÉDICO, PRESENTE NA SALA DE PARTO DURANTE O NASCIMENTO DE QUALQUER CRIANÇA.ESTATÍSTICAMENTE (TRABALHOS ESPANHOIS ESPECIALMENTE) ATÉ 20% DOS NASCIMENTOS, PROVENIENTES DE GESTAÇÕES NORMAIS E A TERMO, PODEM COMPLICAR NO INTRAPARTO, NECESSITANDO REANIMAÇÃO COMPETENTE DESTE RECEM-NASCIDO.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalho em unidade neonatal de vários hospitais e assisto todos os dias a admissão de crianças por motivos diversos. Não consigo imaginar o quanto esse número aumentará se houver a falta de assistência do pediatra na sala para intervenção e primeiras manobras de assistência ao RN. O prognóstico muda muito e a morbidade e tempo de internação serão aumentados. Quase todas maternidades estão com superlotação de UTIs. Não haverá leito para um aumento de demanda que certamente virá. Outra consequencia da superlotação é o risco aumentado para todos de infecção. A mortalidade geral aumentará.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de manifestar meu descontentamento com essa ação que acredito ser de pouca relevância financeira e com possíveis danos à família assistida. Ao passo que, um profissional equivalente a um médico deverá ter salário praticamente equivalente ao mesmo com a ressalva de responsabilidades que só cabe a um graduado de medicina.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: obrigatória presença de profissional habilitado na recepção do RN em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou residente do segundo ano de pediatria do Hospital de Clínicas do Paraná e acabo de apresentar meu trabalho de conclusão de curso, cujo tema são as características do recém-nascido a termo. Grandes pesquisas internacionais trazem dados recentes sobre a diferença no prognóstico do recém-nascido a termo precoce (aquele nascido entre as 37 e 38 semanas + 6 dias de gestação) e o recém-nascido de termo completo. Os estudos trazem dados estatisticamente significativos para a correlação positiva entre complicações a curto e longo prazo a que estes recém-nascidos de termo precoce estão expostos. Os pesquisadores propõem que os recém-nascidos nesta primeira metade do período de termo ainda apresentam imaturidade fisiológica no sistema respiratório, neurológico, endocrinológico, não devendo ser levemente encarado como baixo risco. Não acredito que o governo brasileiro deva ir contra as tendências científicas mundiais, que sugerem uma nova classificação que reflita o período ideal para o nascimento, diminuindo em número e qualidade a equipe assistencial da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho um absurdo não ter pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A operação cesareana deve ser um direito da gestante, após todas as orientações sobre os tipos de parto , a gestante deve ser respeitada , isso é humanizar o parto.O governo deveria exigir locais seguros , com recursos humanos e tecnológicos, para permitir um parto seguro , não obrigando gestantes e medicos a realizar partos normais , sem condições segura para todos</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Outra	<p>1ª: Não concordo com a desobrigatoriedade do pediatra na sala de parto. Sabemos que são poucos os RN que necessitam de reanimação; porém, não temos um obstetra pra cada parturiente. Tanto enfermeiro obstetra quanto médicos são obrigados a prestar atendimento a 4 ou 5 parturientes ao mesmo tempo. E esse é um dos problemas da assistência ao parto no Brasil. Se além disso, ainda acumularem as funções do pediatra, não só continuaremos com índices ruins de assistência ao parto como passaremos a ter mais crianças que têm não serão adequadamente reanimadas e, conseqüentemente, mais paralisia cerebral por aí. E é óbvio que quem tem dinheiro vai continuar tendo acesso ao pediatra, mas quem depende do SUS, sempre é prejudicado.</p> <p>2ª: -</p>	
19/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O Ideal seria sempre o Pediatra na sala de parto. Na cesárea em especial por ser um evento não natural e está mais frequentemente acompanhado de complicações</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
19/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria defende que assistência ao recém-nascido na sala de parto deva ser realizada pelo profissional melhor capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989). Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4.9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento. Assim sendo referendo a necessidade do pediatra na sala de parto em qualquer situação do nascimento principalmente quando do parto realizado for por cesareana. Documento anexo com citação dos estudos no Brasil e no mundo.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
19/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: .</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: manter a presença do pediatra na sala de parto para adequada assistência ao recém nascido</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: ACHO UM ABSURDO E UM RETROCESSO A RETIRADA DO PEDIATRA DA SALA DE CESAREA DE BAIXO RISCO .SABEMOS QUE MESMO EM PARTOS E CESAREAS DE BAIXO RISCO ALGUNS RECEM NASCIDOS NECESSITAM DE ASSISTENCIA VENTILATÓRIA !! VAI AUMENTAR A MORBIDADE E MORTALIDADE NEONATAL. UM CRIME !!</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: É indispensável à presença de um pediatra em sala de parto. Um parto cesariano de baixo risco não impede que o recém-nascido nasça com necessidade de reanimação e intubacao, que se constitui um procedimento médico. A ausência deste profissional na sala de parto constitui um risco de morte ou de sequela neurológica para o RN.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de deixar claro a minha indignação com o fato da possibilidade de retirar o Pediatra da salade parto! Ainda sou só um acadêmico mas já presenciei diversos casos em que a presença do pediatra foi de vital importância para salvar a vida do Recém nascido ou para um melhor prognóstico, devido à ação rápida do pediatra na sala de parto! É imprescindível a presença desse profissional para melhor atender os RNs.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: As evidências que suportam a necessidade de reanimação em sala de parto a partir de parto normal e cesariana citadas nessa recomendação são fracas. A garantia de assistência ao neonato por profissional treinado em reanimação conforme definido nessa orientação, sem definição de que profissional é esse não garante a qualidade da prestação de serviços e não garante o bem estar do RN. A falta de pediatra suficiente não é motivo para desqualificar esse atendimento. É motivo para repensar a política pública inexistente de pagamento adequado a esse profissional através de garantia de trabalho estável e remuneração justa, com criação da carreira de médico. A desqualificação escancarada da classe médica não pode ser uma política de Estado porque isso é vergonhoso. Se todas as categorias profissionais de saúde tivessem a mesma competência e abrangência não teriam formações diferentes na graduação. A lógica do mercado de priorizar o pagamento por procedimento, tanto na saúde pública como na suplementar teve como resultado o desestímulo a carreira de clínico. Concluindo: retirar a necessidade de pediatra em sala de parto não resolve o problema gerado pelas próprias políticas públicas equivocadas e fortalece a baixa opção dessa carreira profissional com redução de seu campo de ação. É querer tratar o problema de forma periférica e não atacar a questão central: deve existir uma carreira de médico para o SUS, da mesma forma como existe para magistratura</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Bom dia, é incabível o retrocesso científico em um país em crescimento, devemos privar pelo conhecimento, a retirada do pediatra da sala de parto propiciará o crescimento de crianças com problemas neurológicos, o estatuto da criança rege a obrigatoriedade da atenção, estes primeiros minutos de vida são cruciais para o futuro deste. existem complicações em cesareas eletivas.</p> <p>2ª: É necessário nos primeiros minutos de vida a presença de profissionais gabaritados para um futuro melhor. Não vamos voltar no tempo e minorizar as conquistas, sem saúde de qualidade, oferecendo qualquer coisa a população</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e trabalho em um hospital público que atende 500 partos por mês e outro de convênio que atende 200 partos por mês, faço atendimento em sala de parto todos os dias. Tanto num como no outro hospital preciso atuar muitas vezes de forma incisiva na reanimação de bebês que eram considerados baixo risco antes do parto, porém por diversos motivos apresentam sofrimento durante o trabalho de parto. Em todos os casos minha presença definiu se a criança ia ficar bem ou ter sequela por hipoxia. Não tenho estatísticas, mas vivo isso todos os dias.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Pediatra deve ficar em sala de parto!Valorizem mais esta profissão que esta desestimulada.Enquanto um ortopedista atende 12 pctes /hora o pediatra 2 a 2,5/hora.Se valorizarem mais com certeza não faltara mais.Pediatra fica em sala de parto!!</p> <p>2ª: Falta de pediatra.Enquanto algumas especialidades olham apenas o dedo indicador da mão esquerda(consulta simples e rápida) que pede um exame de imagem. O pediatra faz a consulta/puericultura e examina tudo no RN ou criança(olhos,ouvidos,cabeça,articulações,ausculta pulmão,coração....ouve os responsáveis sobre como esta a criança). Tempo em media 30 min..No Sul sobram vagas para residência pediátrica,.Convênios não conseguem cadastrar,pois os pediatras estão sumindo.Solução é facil. Comoas funções são diferentes as consultas tb!.,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de me manifestar contra a ausência do pediatra na sala de parto porque penso que por mais ideais que sejam as condições de nascimento (gestação sem intercorrências, RNT, trabalho de parto adequado), a necessidade do cuidado é imprevisível e como ele é prestado faz muita diferença. Sequelas neurológicas e complicações graves (por exemplo, pneumotórax em bebê ventilado incorretamente) podem acontecer se um profissional que não tem o conhecimento técnico e científico adequado prestar assistência (o que seria ainda mais devastador, pois um bebê que teria todas as condições para nascer bem, seria prejudicado por uma assistência ineficaz).</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: a não exigência de pediatra na sala de parto com certeza aumentará os índices de mortalidade infantil e de sequelas por anoxia neonatal grave.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: É inaceitável a retirada do pediatra da sala de parto. O primeiro minuto de vida é essencial para as crianças. A cada 100 RN 1 vai precisar de cuidados do pediatra e é imprescindível que isso seja feito imediatamente após o nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: todo parto, principalmente cesáreas é obrigatório a presença de profissional capacitado para atender quaisquer situações de emergência ao recém nascido pois a falta deste pode implicar em risco de vida e/ou posterior sequelas com comprometimento da qualidade de vida e de custos para o resto da vida. profissional capacitado é o pediatra treinado em reanimação e cuidados de emergência pos parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Gostaria que imaginassem um mundo em que todos os brasileiros nascessem na banheira ou no calor da casa de suas famílias, com o acompanhamento somente de quem a família permitisse, sem as luzes e o frio de um ambiente hospitalar...intervenção mínima, natureza na sua expressão mais genuína e rudimentar. Voltaríamos ao passado...aumentaríamos as taxas de mortalidade perinatal, fabricaríamos crianças com paralisia cerebral, condenadas ao uso de cadeira de rodas, gastrostomias, traqueostomias...um gasto para o estado, um sofrimento para a família feliz que sonhou com o parto humanizado, com intervenção mínima, que lutou pelo seu direito de escolha da via de parto, sem ter conhecimentos mínimos de fisiopatologia do parto, complicações inerentes ao mesmo, tempo para que ocorra uma sequela neurológica irreversível no cérebro de um bebê. O pediatra tem 1 minuto para fazer com que uma criança que nasceu deprimida assumo padrão respiratório e estabeleça batimentos cardíacos adequados, para que não haja lesão neurológica...podemos, ainda intra-útero, imaginar qual criança precisará de atendimento? algumas vezes sim..outras e muitas vezes, nem tanto. Correremos o risco? Como um pediatra chegaria em menos de um minuto para fazer uma assistência adequada? 1 minuto...</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: como médica e paciente a presença do pediatra (neonatologista) Se faz fundamental em qualquer parto. Mesmo os de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Tenho certeza,ser indispensavel,a presenca de um pediatra na sala de parto,em qualquer situacao,pois,ninguem melhor do que este profissional,para avaliar,adequadamente,as condicoes de um recém-nato.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É imprescindível a presença de pediatra em sala de parto, tanto vaginal quanto cesareana pois mesmo gestações de risco habitual ( baixo risco ) com parto bem indicado e conduzido pode acontecer de ocorrer aspiração meconial ou sofrimento fetal agudo nomomento do nascimento. Obstetizes, enfermeiras obstetras ou medicos obstetras não possuem conhecimento adequado para esse tipo de assistencia, e chamar o pediatra depois que o recém- nascido já está em sofrimento só aumentará os casos de paralisia cerebral e deficit cognitivo e de aprendizagem no futuro de nossa nação.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho essencial a presença do pediatra em qualquer sala de parto e principalmente em cesarianas, para evitar anóxias neonatais graves e sequelas do RN e morte por asfixia neonatal grave. foram anos de treinamento dos pediatras p/ que se pudesse reduzir as mortes e sequelas por asfixia perinatal e seria um retrocesso essa medida descabida de retirar esse profissional das salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Acho importantíssimo a presença do pediatra em toda sala de parto, para segurança da criança.O pediatra é essencial e insubstituível no momento do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Mesmo em cesareanas de baixo risco acontecem complicações que resultam em hipoxia cerebral, na qual a assistência precoce, sendo cada minuto essencial, pode impedir sequelas graves e irreversíveis.Cada 1 bebê que sofre hipoxemia, não recebe assistência e fica sequelado traz um impacto social e emocional inestimáveis.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a falta de um profissional habilitado a fazer todos os passos da reanimação inclusive a intubação pode comprometer não só a qualidade de vida, mas a própria vida do RN, lembrando que intubação é procedimento médico.e lembrando também que o ECA estabelece a saúde da criança e adolescente como prioridade..</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como Instrutor do Curso de Reanimação Neonatal, acho que em toda sala de parto é necessário um profissional capacitado (Pediatra) para realizar todos os passos de uma reanimação, já que baseado em estatística, 1 em cada 100 RN necessitará de manobras de reanimação incluindo Intubação Traqueal. Isto ocorre independente de parto vaginal ou cesareana e independente de situação de urgência ou eletiva. Como se trata de um procedimento médico, a ausência deste profissional na sala de parto pode acarretar sequelas graves para o concepto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: No nosso país morrem 13 recém-nascidos/dia devido a asfixia em sala de parto sem mencionar as seqüelas! O que acarreta gastos enormes para o País. Alguns dos eventos não São presumível antes do parto, portanto, estaríamos retrocedendo no tempo, colocando em risco a vida de milhares de crianças e consequentemente, acabando também as vidas dessas famílias.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. Nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto em qualquer circunstância</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: É um absurdo esta medida; totalmente descabida, todo o sistema deve funcionar para favorecimento do ser humano, desde sua saúde intra-uterina até sua aposentadoria; não seremos nunca uma sociedade civil digna a partir de de medidas como esta.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Espero que a pressão da classe médica não impeça a implementação de políticas que visem reduzir a enorme proporção de cesarianas desnecessárias, que inclusive apresenta uma trajetória de crescimento nos últimos anos, expondo a mãe e a criança a riscos desnecessários. Por outro lado, as medidas regulatórias devem ser estudadas com cuidado para que não abram lacunas para que a gestante possa passar a ser desassistida durante o parto.Seguem links para material da OMS, os quais já devem ser de conhecimento do MS:http://apps.who.int/gho/data/node.main.REPWOMEN39?lang=enhttp://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: A decisão de especialista em pediatria em sala de parto deve ser técnica e não estatística, visto que a vida humana não é regida por estatísticas. Da mesma forma que se o corpo de bombeiros não é estatisticamente viável, um médico na função de salvar uma eventual vida na sala de parto não seria. Ademais, em caso de risco de vida neonatal, outro profissional na sala seria obrigado a escolher qual vida salvar, abandonando a mãe para salvar o feto ou salvar o feto e tirar a atenção médica da mãe. Radicalmente contra essa proposta. Deixem as sociedades médicas definir diretrizes e preocupem-se com o custo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Tenho certeza de que todos os bebês têm direito à melhor assistência na sala de parto, com profissional especializados e treinados em assistência ao RN na sala de parto e reanimação neonatal. Pois quanto mais rápida e precoce a adequada assistência ao RN, melhor a qualidade de vida dessa criança , e melhor a satisfação da família . Lembrando sempre que sala de parto é uma caixinha de surpresa.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho extremamente importante a presença de profissional habilitado para recepção do RN</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e neonatologista e através de minha própria experiência em hospitais com e sem pediatra na sala de parto ,afirmo que essa medida de tornar desnecessário o que já é essencial , será um retrocesso. Sabemos que a ausência de um profissional qualificado -o pediatra-aumenta mortalidade e morbidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Errado não ter pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: De acordo com dados do DataSUS, em 2010, houveram 4500 óbitos decorrentes de asfixia perinatal no país. Isso representa 21% dos óbitos neonatais. No Brasil, 13 recém-nascidos (RN) morrem por dia decorrente à asfixia em sala de parto. Ainda, menciona-se o impacto da asfixia perinatal vai muito além do óbito, pois inclui seqüelas irreversíveis, tais como, paralisia cerebral que repercute negativamente por toda vida do indivíduo e na sociedade em que o mesmo está inserido. Em cada sala de parto, independente de sua classificação de risco, deve estar presente um profissional médico habilitado e treinado para executar TODOS os passos da reanimação neonatal. O Ministério da Saúde pretende retroceder e retirar a obrigatoriedade de médicos treinados em reanimação neonatal nas salas de "baixo risco". Aceitar esse tipo de política de saúde pública significa oferecer assistência inadequada à população brasileira que depende do SUS. Assim, cria-se uma condição perversa de cidadania para a parcela mais carente da população brasileira.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: No Brasil morrem 13 recém-nascidos/dia devido a asfixia em sala de parto sem mencionar as seqüelas! Todo o procedimento deve ter um pediatra/médico treinado e capaz de executar TODOS os passos da reanimação neonatal para reverter a asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: qualquer procedimento cirúrgico tem risco, dessa forma a prevenção é a melhor conduta e a presença do pediatra nesse momento importante para a família e para a sociedade é fundamental, mesmo se o risco for pequeno.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência, em sala de parto, de pediatra treinado em reanimação neonatal expõe a criança a risco de vida e de seqüela neurológica, mesmo em parto considerado de baixo risco. Uma vez que mesmo nessas circunstâncias existem situações imprevisíveis em que um profissional treinado necessita atuar, como em quadros respiratórios ou complicações no parto impossíveis de identificação prévia como situações relacionadas ao cordão umbilical que podem determinar necessidade de reanimação neonatal. Sou contra a retirada desse profissional da sala de parto e acho que isso representa um retrocesso à melhoria do atendimento à criança.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Contribuir para um melhor atendimento a gestante de alto risco dando a paciente a opção de escolher pela cesariana, pois uma gestante com Hipertensão, hipotireoidismo e Diabete gestacional deve ter o direito de escolher por uma cesariana ao invés de tentar um parto normal..</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É um risco enorme para o RN que nasce em uma sala de parto sem pediatra para atendê-lo. Sou contra a ação de retirada desse profissional da sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: é necessário a presença do pediatra na dá-la de partos e cesáreas, visto que podem ocorrer intercorências durante o nascimento, sendo imprescindível seus conhecimentos para a reversão das mesmas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Cesareana por ser um procedimento cirurgico de urgencia para mãe e/ou feto, necessita de profissionais altamente especializados para seu atendimento, entendendo-se pediatra com atuação em neonatologia e obstetra capacitado para tal. É desreipeito deixar de ofertar as melhores condições a um brasileiro/a.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Acho um absurdo que o cidadão não tenha direito a uma assistência de qualidade, com profissionais qualificados como os pediatras e neonatologistas no momento tão importante como o nascimento. Sou enfermeira e trabalho na área de neonatologia 2ª: -	
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: PARTO CESÁREA NECESSITA DE PROFISSIONAIS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS PARA SEU ATENDIMENTO, ENTENDENDO-SE PEDIATRA COM ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA E OBSTETRA CAPACITADIS PARA TAL. É DESRESPEITO DEIXAR DE OFERTAR AS MELHORES CONDIÇÕES A UM BRASILEIRO/A. 2ª: -	
20/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Afirmo a necessidade do pediatra no momento do nascimento. Pois no momento do nascimento o organismo do neonato é submetido a condições extremas do ponto de vista respiratório e cardiovascular. A ausência de atendimento pediátrico especializado nesse momento, pode levar a sequelas irreversíveis gerando um imensurável prejuízo para o indivíduo e sua família e um alto custo para o estado. 2ª: -	
20/05/2015	Sociedade médica	1ª: A assistência ao RN é procedimento complexo e que nem todo pediatra tem treinamento para fazê-lo, muito menos quem não tem formação. Os primeiros minutos de vida podem trazer sequela para toda vida gerando sofrimento e gasto (da família e do estado). não há necessidade de de bibliografia basta somente a prática de tantos anos na profissão de médico e na especialidade de pediatria e neonatologia. 2ª: -	
20/05/2015	Outra	1ª: Propor a possibilidade da ausência do médico pediatra na sala de parto é mais um ato de irresponsabilidade vergonhosa, ignorância criminoso, desrespeito com os médicos e desleixo com a vida dos recém natos. Nada de novo no front petista. 2ª: Medicina não é para para-médicos, políticos ou burocratas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Apos ler a proposta do governo de tirar o pediatra da sala de parto em casos de cesariana eletiva tive que me manifestar. Com a pratica é possível observar que durante um parto, assim como na maioria dos procedimentos cirúrgicos, intercorrencias podem ocorrer e, mesmo no caso de gestação sem complicações e a termo, no caso de alguma mudança no decorrer do parto é imprescindível a presença do pediatra para salvar a vida do recém- nascido. Um pediatra a distância não é tao eficaz quanto um pediatra dentro da sala de parto. É direito da mãe e da criança receber essa assistência.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: considero um crime a autorização de parto sem a presença do pediatra. este profissional é fundamental na condução do binomio mae-filho quando do nascimento do mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: É INACEITÁVEL QUE O PRINCIPAL MEDICO DA CRIANÇA SEJA BANIDO DESSE LOCAL NUM MOMENTO DETERMINANTE PARA A SAUDE DO INDIVIDUO</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: é de extrema necessidade a presença do pediatra na sala de parto, pois muitas vezes a ação imediata numa emergencia vai ditar o futuro de um individuo, e acho um retrocesso para o Brasil em termos de saúde a desobrigação desse profissional no momento mais importante da vida!</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A indicação de cesariana ou não é indicação das condições tocológicas no momento do parto. Somente médico, especializado em obstetrícia tem capacidade técnica para faze-lo. É inadmissível a inexistência de neonatologista na sala de parto. O SUS quer retroceder a um passado, quando a morte por parto é frequente. Só falta reabilitar o uso de fórceps!!!!</p> <p>2ª: A indicação de cesariana ou não é indicação das condições tocológicas no momento do parto. Somente médico, especializado em obstetrícia tem capacidade técnica para faze-lo. É inadmissível a inexistência de neonatologista na sala de parto. O SUS quer retroceder a um passado, quando a morte por parto é frequente. Só falta reabilitar o uso de fórceps!!!!</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Empresa	<p>1ª: PLACENTA BAIXA E ACRETISMO PLACENTÁRIO - Não há evidências, até o momento, que permitam recomendar a incorporação da RNM como método de confirmação para todo diagnóstico de acretismo placentário realizado pelo UsD. Parece razoável sugerir que, devido ao seu alto custo e disponibilidade limitada, a RM seja utilizada somente quando o resultado do UsD seja inconclusivo ou ambíguo, especialmente em placenta posterior, na qual a avaliação por UsD pode não ser adequada.</p> <p>2ª: Consentimento informado - Uma vez que a cliente assina o termo de consentimento, não é cabido neste momento mais nenhum questionamento.Apresentação pélvica - : A cesariana quando indicada para a gestante por apresentação pélvica deve aguardar o termo completo 40/41 semanas aguardando sempre que possível o desencadeamento do trabalho de parto.Cesariana a pedido - Se após ofertar as informações e sem haver indicação médica à gestante mantém sua decisão em realizar o procedimento de parto cesáreo, este deve aguardar o termo completo 40/41 semanas aguardando sempre que possível o desencadeamento do trabalho de parto.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo em retirar o pediatra da sala de parto, o parto seja normal ou cesariana e sempre imprevisível, podendo o Rn evoluir com necessidade de reanimação mesmo em um parto dito de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Funcionária pública federal e municipal- como médica anesthesiologista, participei de muitos nascimentos. Testemunhei a importância fundamental da presença do médico pediatra no momento decisivo do nascimento. Além do suporte ao recém nascido, o diagnóstico para tratamento precoce do bebê é fundamental e não pode ser negado como política de saúde pública, é um direito inalienável da criança e de seus cuidadores.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença de um pediatra na sala de parto é um dos fatores que contribuíram para a redução de intercorrências fatais. O profissional de enfermagem não dispõe da mesma habilitação que o médico para tal assistência</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Empresa	<p>1ª: : PLACENTA BAIXA E ACRETISMO PLACENTÁRIO - Não há evidências, até o momento, que permitam recomendar a incorporação da RNM como método de confirmação para todo diagnóstico de acretismo placentário realizado pelo UsD. Parece razoável sugerir que, devido ao seu alto custo e disponibilidade limitada, a RM seja utilizada somente quando o resultado do UsD seja inconclusivo ou ambíguo, especialmente em placenta posterior, na qual a avaliação por UsD pode não ser adequada.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
20/05/2015	Outra	<p>1ª: as emergências obstétricas/ neonatais às vezes são imprevisíveis; qualquer minuto é fundamental para a recuperação no RN e seu prognóstico futuro</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: CESARIANA TEM QUE SER OPÇÃO DA MULHER.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de manifestar minha preocupação com relação à presença INDISPENSÁVEL do pediatra em sala de parto , visto que intercorrências são comuns e imprevisíveis , necessitando da ação rápida e precisa do profissional qualificado e apto a prestar QUALQUER tipo de reanimação necessária ao RN</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considerando as estatísticas pode-se escrever muitas coisas, porém em se tratando de um ser que está por nascer e u me coloco no lugar dele, e se essa criança pudesse escolher em ter um pediatra te assistindo é óbvio que essa criança prestes a nascer escolheria sim ser assistido. Caros brasileiros se queremos sair das estatísticas de ocorrências inesperadas que levem ao óbito a lesões neurológicas irreversíveis, necessitamos de melhores condições de trabalho, melhores equipamentos, equipes completas de assistências. A ausência de pediatras nas salas de cesáreas e de partos vão aumentar as estatísticas de injúria aos RNs. Queremos melhorar e não fazer economia subtraindo um profissional fundamental na integridade da saúde dos RNs. Isso promoverá saúde e uma economia importante nos gastos para acompanhar crianças que possam apresentar problemas neurológicos de aprendizado, medicamentos, acompanhamentos psicológico dos pais dessas crianças. Estão querendo retroceder no tempo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: não aceito a retirada do pediatra no atendimento em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: TODO PARTO DEVE SER ATENDIDO POR PEDIATRA POIS A POSSIBILIDADE DE ASFIXIA EXISTE EM TODOS OS NASCIMENTOS&gt; O PEDIATRA É O PROFISSIONAL DE MAIOR HABILIDADE PARA ENTUBAR ESTE RN&gt; SE A REANIMAÇÃO NÃO TIVER EXITO ELE ASSINARÁ O ATESTADO DE ÓBITO,O QUE NÃO ACONTECERÁ COM AS ENFERMEIRAS OU OUTROS PROFISSIONAIS.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Absurdo sala de parto sem pediatra! Ele é a pessoa capacitada para tratar qualquer intercorrência junto ao RN, uma vez que os outros médicos presentes na sala de operação estarão atendendo a parturiente.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: gostaria de ver um paciente de convenio ou um paciente particular aceitar a chegada de uma criança sua sem a presença de um pediatra na sala de parto.Não precisa ser médico nem ter muito conhecimento.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho um completo absurdo esta recomendação de retirar o pediatra da sala de parto . Um verdadeiro retrocesso aos avanços que a medicina de qualidade pode nos oferecer . Infelizmente vivemos em um país onde a busca por um profissional menos qualificado e portanto mais barato faz com que possamos abrir mão de uma medicina de excelência .</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A atenção ao recém nascido na sala de parto por um profissional preparado, como o pediatra evita inumeras situações de risco para o bebe que certamente serão identificadas e encaminhadas de imediato.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: não à ausência do pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: O pediatra em sala de parto é um direito do recém nascido. Na cesariana ou no parto normal não há previsão de bem estar fetal. A evolução da medicina é um bem da humanidade que não deve ser privado aos cidadãos. A discussão disso é descabida. Um retrocesso. Há inúmeras referências bibliográficas a esse respeito.</p> <p>2ª: A presença do obstetra e do pediatra no parto normal ou cesariana é um direito da mãe e do recém nascido. Isto é um retrocesso.</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental para a realização de uma abordagem adequada ao RN, já que o médico anestesilogista permanece durante todo o procedimento anestésico cirúrgico atento à diversas intercorrências que são descritas com a gestante. Dessa forma é INACEITÁVEL que tanto em partos normais quanto em cesareanas o pediatra não esteja presente. Isso é um desrespeito ao profissional especialista e um incentivo à má prática da Medicina. Prezar pela qualidade da assistência é garantir segurança à gestante e ao RN.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: sou contra a ausencia de pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: o texto do arquivo anexo é coerente o bastante e contrapõe-se totalmente ao ponto de vista de não ser necessário um medico pediatra na sala de parto em cesarianas.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Conforme texto publicado em 13 de maio de 2015 pela Associação Brasileira de Pediatria, a presença do pediatra na sala de parto durante as cesarianas se justifica como imprescindível porquê "A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal".E o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que a assistência ao neonato deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, no caso o pediatra devidamente treinado, o que é endossado por inúmeras publicações científicas internacionais.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a não existência do pediatra na sala de parto no caso de cesarea de baixo risco.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Atuante em comitê de mortalidade, já bí muitos obitos potencialmente evitaveis se o pediatra estivesse na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Segue documento da Sociedade Brasileira de pediatria.A presença de um pediatra é imprescindível. Pesquisem entre os próprios médicos se no parto de seus filhos dispensariam a presença de um pediatra. Tenho dois filhos e em hipótese alguma dispensaria a presença do pediatra nos dois partos, inclusive arcando com as despesas oriundas dos honorários dos colegas médicos.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: O Pediatra deve estar presente para receber o recém nascido na sala de parto = um pediatra por criança. O Obstetra é o profissional adequado para conduzir o parto.</p> <p>2ª: Caso nas maternidades particulares houvessem médicos obstetras e pediatras de plantão, para acompanhar o trabalho de parto, o parto e a sala de parto, tendo seus honorários cobertos pelos planos de saúde, por procedimento realizado, o número de cesarianas reduziria drasticamente no Brasil. Os convênios só remuneram os médicos credenciados. Os funcionários do hospital geralmente não são credenciados. E não há plantonistas destinados a estes fins nas maternidades particulares.</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de suma importancia para garantia da saúde e vitalidade do recém nato a presença de profissional habilitado em sala de parto para todas as possíveis intercorrências imediatas ao nascimento bem como manobras e intervenções necessárias.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Nao a retirada do pediatra da sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O nascimento de um bebê pode ter complicações diversas, e é necessário não somente um "profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal em cesariana sob anestesia geral", mas um pediatra com treinamento extenso em reanimação neonatal. "Adequadamente treinado" é um termo vago, que pode incluir um curso de 2 dias, ou uma residência de pediatria de 2 anos com treinamento prático extenso em sala de parto. O risco sob o qual se coloca um bebê nestas circunstâncias, sem um pediatra próximo, é imenso em caso de complicações. É necessária prática em manuseio de vias aéreas, cateterismo umbilical de urgência, manuseio de equipamento de suporte ventilatório que um curso de poucos dias, por mais que ensine a teoria, não dá a segurança e a experiência necessárias que uma residência em pediatria dá, para agir de forma eficiente e rápida em momentos vitais.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
20/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do profissional qualificado e treinado , no caso o pediatria , se faz necessário para o melhor atendimento do recém nascido afim de evitar complicações imediatas e sequelas posteriores .</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Já recebi diversos recém nascidos de partos inicialmente avaliados como sem risco onde a reanimação neonatal vigorosa foi necessária! Seria um absurdo expor tais bebês a um risco cujas consequências podem ser graves e duradouras.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A segurança da mãe e do nascido é maior com profissionais presentes e competentes.A avaliação do profissional no momento do parto é preditora da evolução da criança.Se pudermos melhorar a assistência, por que piorá-la.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Como médica e pediatra por experiência própria sei o quanto é importante a presença de um profissional especializado no atendimento do recém nascido nos primeiros minutos de vida caso seja necessário algum tipo de atuação. Discordo e fico muito preocupado com a proposta de não ser necessário um pediatra nas cesarianas..</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou médica Obstetra, chefe de um serviço de Obstetrícia, e vivencio inúmeras cesareanas em que não havia risco potencial ao recém-nascido e, por motivos dos mais diversos, o bebê não nasce bem, necessitando de procedimentos de reanimação, os quais devem ser executados por profissional treinado em reanimação neonatal, preferencialmente Pediatra, imediatamente ao nascimento, sob pena de comprometimento importante ao neonato com possível morte ou sequelas graves. Portanto, acho inadmissível a execução de uma cesariana, mesmo sem risco provável, sem a presença do Pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a></p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero extremamente necessário a presença de pediatra na sala de parto visto as várias possíveis complicações que podem haver no recém nascido que devem ser manejadas por profissional com experiência na área.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: A conclusão da não recomendação de pediatra durante o parto (cesária com ou sem anestesia geral ou transvaginal) é equivocada e empírica. Aumenta o risco e a susceptibilidade de recém natos com injúria hipóxico-isquêmica neonatal além de impedir a identificação precoce de malformações não identificadas no US gestacional, cardiopatias e erros inatos do metabolismo que cursam com o agravamento do quadro clínico do neonato. Soa nitidamente como uma manobra para reduzir custos e responsabilidades do governo e aumentar o dano à população.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do profissional para reanimação neonatal é de suma importância.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Oposição à proposta da realização de partos sem um pediatra assistindo o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Katwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A assistência do pediatra ao parto é de fundamental importância para a manutenção da vitalidade da criança e o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Desejo reiterar a importância do pediatra na sala de parto em qualquer tipo de parto. Não importa se o parto está sendo considerado sem risco. O risco é inerente ao momento do nascimento.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra que faz o parto é um profissional insubstituível, pois é capacitado para lidar com, talvez, o estágio mais delicado do ser humano. Ignorar que podem ocorrer complicações durante o parto que demandem a expertise que apenas esse profissional detém é se colocar cego para o óbvio. A prática de um pediatra ao prestar os primeiros cuidados de vida não pode ser exercida por nenhum outro profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A ausência de pediatra na sala de parto é um retrocesso nas conquistas já adquiridas na saúde dos brasileiros. Além de estarmos desamparando vidas (dos recém-nascidos), estamos desamparando seus progenitores e familiares, desestruturando vidas e desperdiçando investimentos da saúde pública e sociedade efetuados ao longo do pré-natal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de suma importancia um pediatra , de formação, fazer parte da equipe no nascimento de um bebe, pois o minuto crítico que algum recém-nato possa precisar, esteja presente mãos hábeis para que seja revertida qualquer adversidade possível, que pode ser pequeno, mas que existe. Estamos lidando com vidas e não com estatísticas, então qualquer possibilidade de erro (morte) seja por incompatibilidade com a vida , e não por negligencia.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Não concordo porque a cesariana já considerado um procedimento de urgência e, como tal deve ser atendida por profissionais capacitados como o Obstetra e o pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: trabalho em CTI com mulheres na fase final da gestação. o pediatra acompanha antes mesmo do nascimento ` a saúde do bebe. E imprescindivel o pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: SOU CONTRA, COMO PAI E COMO PEDIATRA, A RETIRADA DO PROFISSIONAL MAIS HABILITADO PARA O ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO NA SALA DE PARTO,SEJA ELE PARTO COMPLICADO OU NÃO. BASTA DIZER QUE TANTO SE LUTOU PARA QUE ESTIVÉSSEMOS PRESENTES, E AGORA VAMOS ENTREGAR ESTE ATENDIMENTO A OUTRO PROFISSIONAL. TOTAL CONTRA SENSO. 90% DAS VEZES DAS VEZES EM QUE ESTOU DENTRO DE UM CENTRO CIRURGICO/ SALA DE PARTO, ALGUMA COISA ACONTECE QUE NECESSITA DE MNHA ATENÇÃO E NA A DE UM ANESTESISTA, OBSTETRA OU ENFERMEIRO.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Sou contra a ausência de pediatras em sala de parto por se tratar de retrocesso e reduzir as chances de se reverter intercorrências, aumentando os riscos de saúde para o neonato.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: É UM ABSURDO O LEVANTAMENTO DESSA QUESTÃO.É ÓBVIO QUE O PEDIATRA É NECESSÁRIO NA HORA DO PARTO!!!!!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: É de suma importância a participação do pediatra na sala de parto pois reduz a mortalidade dos recém nascidos, agilidade e treinamento no atendimento. 2ª: -	
20/05/2015	Sociedade médica	1ª: Tem que ter pediatra em toda sala de parto.É de fundamental importância. 2ª: -	
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: A presença do médico pediatra deve ser mantida nas salas de parto. 2ª: -	
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: Sou enfermeira de uti-neonatal e sou contra esta medida, pois cada profissional em sua área. 2ª: -	
20/05/2015	Outra	1ª: Assisti diversos partos como Pediatra e a presença de um profissional médico especialista em Neonatologia e Reanimação Neonatal é essencial para o bem estar futuro e preservação do concepto. É inadmissível o nascimento de um RN sem a presença deste profissional médico na sala de parto. Todo ser que nasce deve ter este direito. Todas as famílias devem exigir este direito 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>
20/05/2015	Ministério da Saúde	1ª: "O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal 2ª: -	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou médico, pediatra, neonatologista; em meu campo de atuação, participo do nascimento de diversas crianças, em diversas situações e condições prévias de saúde por parte da mãe; pré natais bem feitos e mal feitos, ou até mesmo não feitos. Um fato que se torna mais claro a cada dia, na minha concepção, é que as adversidades podem acontecer em qualquer sala de parto. Obviamente que um pré natal de qualidade, visa minimizar os riscos, mas infelizmente estes não são anulados! Ou seja, como já falado há tempos pela Sociedade Brasileira de Pediatria, podemos ter adversidades em qualquer sala de parto, sendo necessária a presença de profissional treinado em reanimação neonatal mesmo nos partos tidos como sendo de baixo risco, até porque um parto de baixo risco, pode vir a complicar e tornar-se de risco. Pois bem, uma vez que o recém nascido precise de suporte para assumir suas funções vitais no ambiente extra uterina, é necessário que o profissional que irá recebê-lo tenha habilidade suficiente para reverter a situação de forma rápida e precisa. É inadmissível que uma criança até então hígida evolua com uma asfixia perinatal importante e suas consequentes sequelas porque o profissional assistente não conseguiu prover ventilação de forma eficiente, seja por máscara e balão ou tubo orotraqueal (o qual tange a questão do ato médico), ou não conseguiu um acesso vascular adequado, ou simplesmente porque não teve tranquilidade e equilíbrio para uma tomada de decisão acertada e precisa por não ser uma situação a ele familiar. Não acho que seja necessária a presença de neonatologista em toda sala de parto, embora isso seja ótimo para a criança, mas, com certeza, um pediatra bem treinado e experiente é de suma importância para uma eventual emergência! Para finalizar, cito um trecho do programa nacional de reanimação: "Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; em em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente(5)" Espero ter sido útil nesta consulta pública.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: A assistência ao recém nascido em sala de parto é feita de maneira precisa. Nós pediatras temos literalmente 1 minuto para decidir e agir de maneira imediata e precisa sobre de que maneira conduzir a atenção a esse recém nascido. Dentre os 3 milhões de nascimentos no Brasil por ano, temos em média a necessidade de intervir em 300000 crianças no primeiro minuto de vida, independente de fatores de risco pré natal ou não. Caso haja fator de risco essa proporção aumenta. Acho temerária abrir mão de uma assistência qualificada num momento crítico da vida de uma criança, cujo um único minuto mal assistido poderá ser responsável pela diferença entre uma vida saudável ou uma encefalopatia hipóxico isquêmica para toda vida. Envio em anexo publicação do próprio Ministério da Saúde de 2011 que corrobora com o que escrevo. Atenciosamente; Dr. Fabio Cardoso</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Caso haja alguma intercorrência a presença do pediatra será decisiva para o bebê. Não ter pediatra é comprometer a segurança do paciente =&gt; nossa luta, nosso objetivo.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Outra	<p>1ª: Na reanimação do RN estão previstos vários passos, de acordo com protocolo mundial. passando pela ventilação com balão e máscara, massagem cardíaca, intubação (Ato médico), aplicação de medicamentos, cateterização umbilical (ato médico), diagnóstico de choque (ato médico) aplicação de medicamentos apropriados à ressuscitação cardiopulmonar (ato médico). Portanto, quem está habilitado a prestar atendimento ao RN em sala de parto é o médico pediatra treinado para tal.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: E imprescindível a presença do pediatra na sala de parto! Não há profissional mais preparado e adequado para realizar os primeiros cuidados aos recém nascidos! O parto pode surpreender e com isso haver a necessidade de um profissional adequado para o resguardo dos bebês! Sem a assistência adequada na sala de parto, só aumentaremos as complicações a longo prazo, em razão de uma assistência inadequada</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a retirada do pediatra da sala de parto, independente de qualquer contexto do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: NÃO a ausência de Pediatra na sala de parto. É uma ideia estapafúrdia colocar o recém-nascido de qualquer tipo de parto, normal baixo risco, normal alto risco, cesáreo baixo risco ou cesáreo alto risco sujeito a atendimento de profissional não qualificado. O Pediatra ou Neonatologista é imprescindível no momento do parto.</p> <p>2ª: Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesáreo, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000).</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Sociedade médica	1ª: Faz-se necessária a presença do pediatra na sala de parto para garantir a assistência ao recém nascido tanto em situações rotineiras quanto em situações especiais em que o lactente necessite de intervenção imediata. Dessa forma, minimiza-se a prevalência de intercorrências e garante-se o cuidado à saúde da criança. 2ª: -	
20/05/2015	Sociedade médica	1ª: De acordo com conhecimento científico , baseado em estudos nacionais e internacionais e preconizados pelas sociedades médicas brasileiras, gostaria de informar que é imprescindível o pediatra na sala de parto, em qualquer tipo de parto. Assim como o acompanhamento pediátrico em toda a infância do paciente e até mesmo antes do nascimento. A afirmativa tem como objetivo diminuir a morbidade e mortalidade dessa população de pacientes, e oferecer assistência técnica adequada no SUS assim como em qualquer esfera de atendimento, particular ou pública . 2ª: -	
20/05/2015	Empresa	1ª: Sou plenamente favorável à manutenção do Pediatra na sala de parto 2ª: -	
20/05/2015	Instituição de saúde	1ª: A asfixia perinatal é causa importante de óbito neonatal e a presença de equipe profissional capacitada para reanimação neonatal imediatamente antes do parto é , portanto, necessária. 2ª: -	
20/05/2015	Outra	1ª: Observação pessoal Estamos em 2015 não mais nos anos 90. Discutimos com previsão de curto prazo tecnologias como carro que dirige sozinho e a ocupação de outros planetas mas não conseguimos dar segurança mínima a nossas parturientes e conceitos. Conseguimos fazer circulação extra corpórea mas deixamos seqüelas em crianças por encefalopatia anóxica. Não mais podemos admitir má assistência a esse período tão importante, quando uma tênue linha separa o momento de maior felicidade das nossas vidas para o de maior frustração. Mães e filhos precisam de uma assistência minimamente capacitada. 2ª: -	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: PEDIATRA SEMPRE NA SALA. É UMA SITUAÇÃO QUE NÃO É PREVISÍVEL E O RESULTADO CUSTAR MUITO CARO PARA A CRIANÇA, FAMÍLIA E SOCIEDADE. O PEDIATRA VALE MUITO NESTA HORA E SAI MUITO BARATO PARA O ESTADO.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de um pediatra na sala de parto. Nunca sabemos como este bebê vai nascer, se haverá complicações.</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: ministério saúde</p> <p>2ª: ministério da saúde</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Investir em saúde e educação é economia para o nosso país. A presença do pediatra na sala de parto é indispensável. O pediatra é insubstituível na sala de parto. É urgente que todas as localidades deste país tenham um pediatra fazendo parte do programa de saúde da família e integrando a equipe de atendimento ao recém-nascido. Inúmeras são as referências bibliográficas disponíveis confirmando nossa opinião. A importância do pediatra se revela na diminuição da taxa de mortalidade e morbidade de nossas crianças. Somos poucos para atender nossa população com a qualidade que ela merece. Mas podemos ter índices semelhantes aos países do G-8 se nossos governantes distribuírem os recursos necessários para atendimento de excelência à criança conforme determina nossa Constituição e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Mãos à obra, senhores. Nós, pediatras comprometidos com nossas crianças temos feito nossa parte, com louvor.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A medida constitui um retrocesso no atendimento ao recém nascido, que nem sempre evolue de forma favorável no decorrer do trabalho de parto. A assistência e intervenção precisas do pediatra têm reduzido, ao longo dos últimos anos, o índice de mortalidade infantil no pós parto imediato. Graças a especialização de alguns pediatras em neonatologia, crianças vítimas do fatídico sofrimento fetal têm superado as dificuldades e desenvolvido dentro da normalidade ou próximo disso. Intercorrências de natureza teratogênica ou doenças genéticas são prontamente identificadas e as medidas diagnósticas e terapêuticas são tomadas em tempo hábil a fim de se evitar danos maiores ao seu portador. Portanto, é imprescindível a presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: Tão fundamental quanto a presença de pediatras na sala de parto, é a assistência integral à gestante, com acesso fácil à ultrassonografia e ecodoppler fetal, curva glicêmica na 22ª semana de gestação, exames sorológicos para detectar infecções que podem lesar o feto, culminando com infecções congênitas, entre outras ações preventivas, ao invés de se alardear que o parto normal tem que preencher as estatísticas estipuladas pelo MS. Se o trabalho de parto transcorre sem complicações a criança nasce até na rua e sem complicações, mas nem sempre é assim. Portanto, se houver dez parturientes em trabalho de parto iterativo, ineficaz, todas deverão ser submetidas à cesariana, não se pode estabelecer estatística com a natureza. Mais sensato é o governo dotar todas as maternidades públicas, de norte à sul, com doppler fetal, US e mais leitos de UTI neonatal, para que as gestações possam ser devidamente acompanhadas com prevenção precisa do sofrimento fetal.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de externar minha preocupação com a possibilidade de ser aprovado parto sem a presença do pediatra na sala de parto, tanto parto eutócico quanto cesáreo. Temos vários trabalhos que evidenciam os perigos desta ausência (Posen et al, 2000; Gordon et al, 2005; Atherton et al, 2006; e tantos outros).</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou neonatologista e sei que qualquer complicação pode ocorrer mesmo em gestações de baixo risco e é imprescindível a presença de pediatra qualificado (em reanimação, experiente em incubação) na sala de parto para garantir a melhor assistência possível ao recém nascido.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
20/05/2015	Outra	<p>1ª: "No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais(1). Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto, mesmo quando se espera pacientes hígidos sem hipóxia ou asfixia ao nascer(2,3). Deve-se lembrar que, em nosso país, entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram ao dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênitas(4)." Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente(5)"O que prova que o pediatra deve estar presente em TODAS as salas de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Imprescindível a presença de pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
20/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Segundo referência de Almeida et al., em estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas o uso de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Apesar a baixa porcentagem de necessidade de assistência, a demora na realização na assistência adequada nesse momento crucial para a vida da criança pode representar importantes sequelas neurológicas e conseqüentemente maior gasto para o sistema de saúde no cuidado dessa criança ao longo de sua vida.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Segundo a referência de De Almeida et. al. de 2010, estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais revelou que o uso de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração foi necessário em 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% de nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal em 0,3% nascidos de cesárea e em 0,4% de nascidos de parto vaginal. Apesar do baixo percentual, o diagnóstico da complicação e a assistência adequada para essa população é fundamental para prevenir lesões neurológicas nessas crianças. As lesões neurológicas podem representar gastos muito maiores para o sistema de saúde ao longo da vida da criança do que a presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira dePediatría recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo. Como obstetra vejo algumas situações que de maneira imprevisível há necessidade de reanimação neonatal e gostaria de saber quem será o responsável por uma destas crianças que fizerem asfixia pelo programa de economia (porque não há outro sentido) proposto.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Gostaria de opinar sobre a necessidade incontestável do pediatra na sala de parto, pois as sequelas para o recém nascido e para a família, em caso de alguma intercorrência, são desastrosas do ponto de vista familiar, emocional, financeiro, e repercutem com gastos (em casos de tratamento de seqüela crônica, deficiência física mental) e dependência em relação aos recursos para reabilitação por tempo indeterminado. Dependendo da seqüela, poderá determinar incapacidade permanente. Com a presença do médico especializado, o risco diminui consideravelmente.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Inadmissível acreditar que algum técnico que realmente exerça a atividade prática numa sala de parto possa imaginar a ausência do pediatra/neonatalogista como aceitável. Em situações de risco, na maioria das vezes imprevisíveis, mesmo quando o pré-natal foi realizado com todos os cuidados necessários, não se pode admitir que não haja um profissional médico capacitado fazendo parte da equipe, sob risco de condenar o neonato, se não à morte, muitas vezes a uma vida com sequelas graves e irreversíveis. Posso exemplificar meu próprio parto, realizado com equipe técnica impecável, pré-natal perfeito, parto em instituição privada de alto nível, e mesmo assim, um bebê com nó verdadeiro de cordão, que não foi possível diagnosticar antes do parto, mesmo com todos os exames. Se não houvesse um competantíssimo neonatologista em sala, meu bebê estaria morto ou com graves problemas de saúde até hoje. Não é razoável ou aceitável deixar que os neonatos fiquem entregues a profissionais não -médicos, muitas vezes até com boa formação, porém sem condição técnica para realizar procedimentos que só um médico está preparado para realizar.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Digo :Não `a ausência do pediatra na sala de parto .</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Sou pediatra há 29 anos, e a maior parte da minha atividade se dá na Neonatologia. Como professora de pediatria da UFRJ dou aulas teóricas e práticas a internos e residentes. Gostaria de ressaltar alguns itens a serem considerados.- As mortes neonatais são a primeira causa de Mortalidade Infantil, no Brasil e no mundo (entre 40 e 50%). Muito esforço tem sido feito para baixar essa taxa, e mesmo com toda tecnologia de ponta sendo usada e com profissionais capacitados para esse trabalho, pouco se tem alcançado no sentido de baixar essa mortalidade. E aqui nem falo de dados de morbidade neonatal. Ao invés de caminharmos para avanço de melhores resultados vamos retroceder?- O artigo que traz o trabalho (de 1987) onde se embasa a proposta é apenas um, e com um número exíguo de participantes frente ao volume de nascimentos no mundo. Baseou-se em 55 cesáreas e 296 partos vaginais. - O trabalho mostra que "apenas" 1,8% dos recém-nascidos de cesarianas necessitaram de reanimação neonatal, sendo que essas cesarianas se tratavam de casos onde não se tinha risco determinado previamente. " Apesar das evidências encontradas sobre a necessidade de pediatria na sala de parto em cesarianas serem de baixa qualidade com pequena amostra, observa-se que poucos casos necessitam de reanimação vigorosa". Pergunto: 1,8% de qualquer população de seres humanos é pouco? Esses podem sofrer lesões cerebrais com todo o ônus emocional para as famílias e financeiro para o Estado? Na minha opinião, há casos em que não se pode admitir algo diferente de 0% de ocorrência. O próprio Ministério da Saúde desenvolve trabalho como os de Comitês de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, onde estudamos, caso a caso, os motivos das mortes e agora esses números não importam?- Prezo muito o trabalho conjunto com a enfermagem, inclusive porque não se faz uma reanimação bem feita com um só profissional. Nos locais onde trabalho e trabalhei, sempre temos um pediatra e uma enfermeira participando nos casos de reanimação. Porém o conteúdo apreendido em três anos de residência médica, tendo que saber toda a fisiopatologia que ocorre durante uma asfixia nos diferentes casos, a termo e prematuros, não faz parte da formação da enfermagem e certamente não se obtém apenas com o treinamento de curto prazo. Tudo que se faz tem uma razão guiada pelo que está acontecendo fisiologicamente, onde em muitos casos há necessidade de se fazer medicação venosa no momento da reanimação. O enfermeiro vai indicar e prescrever? Se o recém-nascido morrer, quem assinará esse atestado de óbito?- Concordo que o número de cesarianas é enorme e desnecessário na grande maioria das vezes, e certamente nos deparamos com casos de crianças nascidas de cesarianas com asfixia pelo exagero no número destas. Se a nossa realidade é diferente do da Inglaterra onde foi feito o estudo (e o é), não podemos usá-lo como comparação; precisamos primeiro baixar nossos índices de cesariana, excluindo aquelas sem indicação precisa, e que muitas vezes antecipam o nascimento levando ao aumento da morbidade por prematuridade.- porque não nos baseamos em nossos próprios dados? Tantas realidades a serem avaliadas, grandes populações para estudo, vários estudos próprios publicados, e até mesmo poderia ter sido realizado um estudo da nossa realidade atual especificamente para esse objetivo.- tudo, de antemão, parece tão claro e lógico, pelo menos para quem é da área e vive essa realidade todos os dias, que só um motivo como barateamento dos custos para o Estado explicaria essa mudança; mas às custas de vidas humanas?- caminhamos na direção de proteger os animais, de não permitir que sejam usados em testes laboratoriais, de se caracterizar crime maltratar ou matar qualquer animal, e é assim que vamos tratar nossas crianças,</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>mesmo que sejam 1,8% da população.- quando tenho falado desse assunto não tem como não me emocionar pensando em quão pouco valor está se dando à vida das nossas crianças, quando se considera essa mudança ora proposta.- vamos caminhar, mas para frente!</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sempre q existir o pediatra deverá realizar a sala de parto mesmo de baixo risco pois nela também podem acontecer problemas e ele é o mais qualificado para solucionar-lo em todos os passos da assistência ao RN. Só podendo ser realizada por outro profissional devidamente treinado quando o pediatra não existir para fazê-lo</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo,o pediatra é essencial à assistencia ao neonato</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: a presença do pediatra na sala de parto é imprescindível e salva vidas. qualquer gestação , mesmo sem risco pode culminar em um trabalho de parto complicado; por exemplo por circular apertada do cordão umbilical ou ação do anestésico sobre o neonato. o socorro exige a prática de um protocolo e o conhecimento com a habilidade técnica de um profissional capacitado</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Vejo muitos crianças neuropatas e sempre pergunto como ocorreu o parto e vejo que uma boa parte não tinha pediatra na sala de parto. Como pode o MS piorar as condições de uma criança que vai nascer, independente qual parto sua mãe vai ser submetida, retirando o pediatra da sala de parto quando não sabemos como aquela criança vai nascer se não temos como monitorar adequadamente o trabalho de parto, e muitas vezes, a parturiente não realizou pré-natal.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Pelo conhecimento técnico-científico que o médico tem.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Partos tranquilos são fáceis. O problema é no momento do parto difícil. As complicações obstétricas são eternas: paralisia cerebral, retardado no desenvolvimento, lesões neurológicas permanentes, crises convulsivas contínuas. ...o pediatra em sala previne e resolve questões antes que se chegue a isso.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como profissional da área acho inconcebível fazer parto sem o profissional de pediatria em sala, visto que muitos riscos de morte acontecem nessa hora. Até porque não somos capazes de identificar vários itens de risco, durante o trabalho de parto. E eles só acontecem, as vezes, na fase de expulsão do feto. Considero fator de risco altíssimo essa proposta do governo. E caso aconteça algo com desfecho ruim, o culpado será o médico profissional que estiver presente, e não o governo que está querendo mudar a direção de atenção a Cesariana. E, um esclarecimento: quem vai assumir o risco de morte ou qualquer outra sequela, ocorrida em sala? O Governo, o Hospital, o Conselho ou nós como profissional?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Trata-se de uma proposta que coloca em risco a vida de um recém nato pois, caso haja alguma intercorrência mesmo que todas as precauções pre e peri parto sejam tomadas, não haverá profissional qualificado para atender neste momento. Esta é uma medida que visa diminuir o custo do procedimento da pior maneira possível, ou seja colocando em risco a vida.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Importância do Pediatra na sala de parto devido a inúmeras complicações que podem ocorrer e serem assistidas ou até evitadas</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Vamos voltar a idade das pedras... Um absurdo... O profissional precisa estar capacitado para tal procedimento de grande responsabilidade!</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retirar o pediatra da sala de parto é um retrocesso para a pediatria e para a saúde da criança. Como pediatra observo diariamente a importância desse profissional no atendimento do recém nascido mesmo nos partos considerados de baixo risco. Após a criação de maternidades para atendimento exclusivo de gestantes com gestações consideradas de baixo risco, pode-se observar ainda mais evidentemente essa necessidade. Se de fato todos os nascimentos da unidade fossem ocorrer como o esperado não haveria ocupação dos leitos das UTIs neonatais dessas maternidades.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Creio por experiência própria e por conhecimento na prática médica ser indispensável a presença de um pediatra na sala de parto. Considero um crime contra as mulheres e os recém nascidos prescindir deste procedimento na hora do parto. Meu voto é PEDIATRA NA SALA DE PARTO OBRIGATÓRIO POR LEI</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: A experiência profissional do pediatra e sua formação são imprescindíveis no atendimento ao RN na sala de parto. Um "treinamento teórico-prático" não é o suficiente para o adequado atendimento. Qual a vivência que profissionais diferente de pediatras possuem em sua formação, particularmente residência. Quem será responsabilizado se por um acaso o RN a termo, sem sinais de sofrimento fetal e em gestantes sem risco vier com uma alteração como por exemplo um pneumotórax, como já vivi e tive que utilizar de conhecimentos que, acredito nãoop ser fornecido no "treinamento teórico-prático".</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra à ausência do pediatra na sala de parto. Seu papel é fundamental e exclusivo.De acordo com a política nacional de humanização, o parto humanizado deve oferecer toda a assistência à gestante e ao recém nato.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra neonatologista é de suma importância na assistência na sala de parto seja ela de RN prematuros ( extremos até 29 semanas ou de prematuros limítrofes) ou de RN a termos, pois no primeiro caso na maioria das vezes precisamos entubar na sala de parto e la mesmo fazemos a surfactante para ajudar este ser vivo. Fora as manobras necessárias de ressuscitação se necessária naquele momento, o pediatra também pode prevenir sequelas em caso de asfixia neonatal dando assistência adequada entre outras ajuda ao RN.A retirada do pediatra da sala de parto é um retrocesso na saúde brasileira</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL Sociedade Brasileira de Pediatria Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria Tel (11) 3068-8595; e-mail: reanimacao@sbp.com.br www.sbp.com.br/reanimacao São Paulo, 13 de maio de 2015. À Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – Ministério da Saúde, Em relação ao Capítulo 5 – Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana), Diretrizes sobre a Cesariana, no questionamento “Um profissional de saúde treinado em reanimação neonatal deve estar presente na sala de parto para recepcionar o recém-nascido? Precisa ser o pediatra? Tipo de anestesia influencia em qual profissional deve estar presente?” (página 62), segue a contribuição abaixo. Diante dos objetivos do documento em consulta pública e da Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: -Objetivos do documento em consulta pública: “tem como finalidades principais avaliar e sintetizar a informação científica em relação às práticas mais comuns na atenção à cesariana programada, de modo a fornecer subsídios e orientação a todos os envolvidos no cuidado, no intuito de promover e proteger a saúde e o bem-estar da mulher e da criança” (página 19); -Portaria 371/2014 do Ministério da Saúde: “O atendimento ao recém-nascido, no momento do nascimento em estabelecimentos de saúde que realizam partos, consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal)” (1º artigo, parágrafo único). “É capacitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático, conforme Nota Técnica SAS/MS 16 de 2014” (artigo 3º). O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL Sociedade Brasileira de Pediatria Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria Tel (11) 3068-8595; e-mail: reanimacao@sbp.com.br www.sbp.com.br/reanimacao</p> <p>Dentre 902 gestantes submetidas à cesárea eletiva sob anestesia regional entre 1975 e 1983 em Winnipeg (Canadá), a presença de Apgar de primeiro minuto de 0-4 foi de 2% e a frequência de intubação traqueal, 1,7% (Ong et al, 1989). Em um hospital secundário e outro terciário na Carolina do Norte, EUA, dentre 11.702 conceptos de mulheres sem complicações na gravidez, com parto cesariano eletivo, comparados com nascidos a termo de parto vaginal, apresentaram maior probabilidade de apresentar com Apgar de 1 minuto de 0-3 e necessitar de oxigenoterapia após admissão na unidade neonatal (4,9% vs. 1,4%) (Annibale et al, 1995). Em Anchorage (Alaska, EUA), em um estudo caso-controle realizado entre 1993 e 1995, foram analisadas 381 cesáreas eletivas por cesárea anterior e 834 partos vaginais em conceptos com 37-42 semanas de gestação única, apresentação cefálica, sem complicações maternas ou fetais. A frequência de ventilação</p>	



com balão e máscara foi de 2,3% nos nascidos de parto cesárea vs. 1,7% nos de parto vaginal. A necessidade de manobras de reanimação foi 1,9 (IC95% 1,4-2,6) vezes maior nos nascidos por cesariana (Jacob & Pfenninger, 1997).xNa Tasmânia (Austrália), entre 1980 e 1989, foram analisados 2.408 cesáreas eletivas com anestesia regional e 32.742 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &#8805;37 semanas e peso ao nascer &#8805;2500g. A intubação traqueal foi realizada em 2,8% dos nascidos por cesárea vs. 0,3% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,8 vezes maior doprocedimento nos nascidos via cesárea. O Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi de 5,3% quando o parto foi cesárea vs. 1,2% quando o mesmo foi vaginal (Parsons et al, 1998). xEm Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesárea, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000).xEm Sydney (Austrália), coorte hospitalar avaliada entre 1990 e 2002 com 3.119 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.547 partos vaginais, ambos em gestações únicas de conceptos a termo sem sofrimento fetal, houve necessidade de reanimação em 7,8% dos nascidos por cesárea vs. 4,2% dos nascidos por parto vaginal. A reanimação com intubação e/ou massagem cardíaca foi necessária, respectivamente, em 0,3% e 0,2%. O Apgar de primeiro minuto de 0-5 foi similar para ambos os grupos (Gordon et al, 2005).

PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATALSociedade Brasileira de PediatriaSecretaria do Programa de Reanimação Neonatalda Sociedade Brasileira de PediatriaTel (11) 3068-8595;e-mail: reanimacao@sbp.com.brwww.sbp.com.br/reanimacaoxNa Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &#8805;37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006).xEstudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 nascidosde parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 nascidos de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (De Almeida et al, 2010). xEm Adana (Turquia) foram avaliados, durante seis meses de 2011, 545 nascidos de 35 a 41 semanas por cesárea eletiva. A necessidade de ventilação com pressão positiva nesse grupo foi de 4,2%. No entanto, a inclusão de prematuros tardios e de partos com anestesia geral não

permitem qualquer conclusão a respeito da necessidade do procedimento em nascidos a termo de gestação única por operação cesariana eletiva com anestesia regional (Ozlu et al, 2012). Observa-se, portanto, que em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). Orisco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL Sociedade Brasileira de Pediatria Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria Tel (11) 3068-8595; e-mail: reanimacao@sbp.com.br www.sbp.com.br/reanimacao pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood & Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf>). Referências: Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svensen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83:869-73. PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL Sociedade Brasileira de Pediatria Secretaria do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria Tel (11) 3068-8595; e-mail: reanimacao@sbp.com.br www.sbp.com.br/reanimacao</p> <p>Gordon A, McKechnie EJ, Jeffery H. Pediatric presence at cesarean section: justified or not? Am J Obstet Gynecol. 2005;193:599-605. Jacob J, Pfenninger J. Cesarean deliveries: when is a pediatrician necessary? Obstet Gynecol. 1997;89:217-20. Kattwinkel J, Perlman JM, Aziz K, Colby C, Fairchild K, Gallagher J, et al. Part 15: neonatal resuscitation: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2010;122(18 Suppl 3):S909-19. Kattwinkel J. Textbook of neonatal resuscitation. 6th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics/American Heart Association; 2011. Ong BY, Cohen MM, Palahniuk RJ. Anesthesia for cesarean section--effects on neonates. Anesth Analg. 1989;68:270-5. Ozlu F, Yapıcıoğlu H, Ulu B, Buyukkurt S, Unlugenc H. Do all deliveries with elective caesarean section need paediatrician attendance? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25:2766-8. Parsons SJ, Sonneveld S, Nolan T. Is a paediatrician needed at all caesarean sections? J Paediatr Child Health. 1998;34:241-4. Posen R, Friedlich P, Chan L, Miller D. Relationship between fetal monitoring and resuscitative needs: fetal distress versus routine cesarean deliveries. J Perinatol. 2000;20:101-4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012. Wood FE, Morley CJ. Face mask ventilation--the dos and don'ts. Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51. Maria Fernanda B de Almeida e Ruth Guinsburg Coordenação do Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria E-mail: reanimacao@sbp.com.br</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Tive 3 gestações, e a presença do pediatra na sala de parto foi de extrema necessidade, a colaboração de sua avaliação pro bebê, foi imprescindível para o bem estar dos meus filhos.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Parabenizo a iniciativa e pelo excelente protocolo elaborado.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: SOU CONTRA A NÃO OBRIGATORIEDADE DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É fundamental a presença de pediatra na sala de parto! É o único profissional habilitado a prestar socorro ao neonato em caso de qualquer complicação. Devemos sempre considerar que medicina não é ciência exata e que os fatos mudam no decorrer de um parto. Como uma mãe pode sentir-se segura que seu filho será corretamente tratado se não há um especialista para isso em um momento tão crítico.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fico muito preocupada, como pediatra e como mãe, que seja retirado o pediatra de sala de parto, mesmo que em partos de baixíssimo risco. Gostaria de transcrever uma parte da introdução do Manual de Reanimação Neonatal, desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Pediatria e respaldado por entidades internacionais. "No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, das quais 98% em hospitais. Sabe-se que a maioria delas nasce com boa vitalidade, entretanto manobras de reanimação podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e a habilidade em reanimação neonatal para todos os profissionais que atendem ao recém-nascido em sala de parto, mesmo quando se espera pacientes hígidos sem hipóxia ou asfixia ao nascer. Deve-se lembrar que, em nosso país, entre 2005 e 2009, 13 recém-nascidos morreram no dia devido a condições associadas à asfixia perinatal, sendo cinco deles a termo e sem malformações congênitas." (OBS: isso com pediatras em sala de parto! Imagine sem!!!) "Ao nascimento, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos; um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca; e um em cada 1.000 requer intubação, massagem e medicações, desde que a ventilação seja aplicada adequadamente". Enfim, se 1 em cada 10 precisam de ao menos ventilação com pressão positiva, será que não estaremos fazendo um INFANTICÍDIO ao retirar o pediatra da sala de parto? Quero ainda frisar um último ponto: ao retirarmos o pediatra da sala de parto, o hospital e responsáveis estarão sujeitos a processos judiciais (pertinentes), caso haja imperícia e sequelas irreversíveis ao recém-nascido (seja morte ou asfixia com sequelas neurológicas). O Governo Federal estará ciente e pronto a responder por tais consequências? Atenciosamente, Dra. Camila Richieri Gomes. OBS: Eu não sou neonatologista e não faço mais sala de parto, portanto a retirada do pediatra da sala de parto não irá me prejudicar profissionalmente - ou seja, não estou me manifestando por questões financeiras.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: <b>ÑÃO ÀS CESARIANAS SEM INDICAÇÃONÃO AOS PARTOS EM CASA SEM ACOMPANHAMENTO DE PEDIATRA</b></p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria seguindo as orientações do ILCOR reuni as melhores evidências científicas na assistência ao recém-nascido na sala de parto. A presença do pediatra na sala de parto treinado adequadamente é de crucial importância na redução da morbi-mortalidade neonatal. Acredito que, as políticas públicas devem ser direcionadas a melhoria na assistência à saúde de forma global a todos os brasileiros. A falta de pediatra na sala de parto, demonstra um retrocesso no programa de reanimação neonatal da sociedade brasileira de pediatria e demonstra uma falta de conhecimento nos gestores da saúde pública no Brasil, colocando em risco os recém nascidos e podendo inclusive contribuir de forma aumento da morbi-mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Haja vista a intenção da redução de mortalidade per /pós parto na população de baixa renda , acolhida na Rede Pública( onde trabalho existe Serviço de Maternidade de Alto Risco) torna-se portanto necessário a presença do profissional da Pediatria , durante o atendimento. A matéria não considera somente a segurança do recém nato em si; mas a satisfação do cliente pelo melhor atendimento da equipe , acolhendo os princípios da humanização.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Coloco-me a favor da obrigatoriedade da presença de medico especialista pediatra nas salas de parto de hospitais, maternidades, e unidades de atendimento médico públicas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra retirada do pediatra da sala de parto!</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: A presença do Pediatra na sala de parto é fundamental para a prevenção de doenças na criança e diminuição da mortalidade neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A atenção integral à saúde da criança se inicia na sala de parto, por profissional médico qualificado, uma vez que não identificado ou não prestado o atendimento eficiente na sala de parto, acarretará danos irreversível a este novo ser, dano este que deixará sequelas pelo resto de sua vida, pois a garantia que um parto normal ou cesariana sem risco, não poderá ser por critérios pré determinados, já que estamos diante de um evento mutável e imprevisito, que pode gerar morbidades ou até uma fatalidade, por falta deste profissional médico especializado, que após sua graduação, fez residência médica em pediatria e especialização em neonatologia, num total de 10 anos para sua qualificação profissional.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: NÃO À AUSÊNCIA DO PEDIATRA NA SALA DO PARTO.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Ozlu F, Yap&amp;#305;c&amp;#305;oglu H, Ulu B, Buyukkurt S, Unlugenc H. Do all deliveries with elective caesareansection need paediatrician attendance? J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25:2766-8.Parsons SJ, Sonneveld S, Nolan T. Is a paediatrician needed at all caesarean sections? J PaediatrChild Health. 1998;34:241-4.Posen R, Friedlich P, Chan L, Miller D. Relationship between fetal monitoring and resuscitativeneeds: fetal distress versus routine cesarean deliveries. J Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ªed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Não deveria nem ser cogitado a realização de parto, seja ele normal ou cesariana, sem a presença de um pediatra. Na ausência deste, quem socorreria o recém nascido se houver esta necessidade?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Não se pode retirar o pediatra da sala de parto por questões meramente financeiras e baseadas em estudos cuja amostra não é significativa. Sabemos que os agravos saúde de um recém nascido podem ocorrer mesmo em situação de baixo risco inclusive por parto vaginal. Ao fazer isso o MS estará prejudicando sobretudo a população de baixa renda que não terá possibilidade de escolha de ter o profissional pediatra na sala de parto. A lógica do mercado não pode ser maior que a lógica de defesa e garantia de assistência no cuidado à vida do recém nascido. Os estudos apresentados são pobres e fracos para embasar uma decisão tão importante como essa. Defendemos sem dúvida o parto normal. Mas é preciso ter bom senso. Sou oncologista pediátrico, não trabalho em sala de parto, de modo que não estou falando em causa própria. Clamo por respeito às famílias brasileiras que desconhecem o risco que se pode ter ao se permitir que tal aberração seja aprovada. Segue texto do Manual de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria que em sua introdução versa o seguinte: "...manobras de reanimação neonatal podem ser necessárias de maneira inesperada, sendo essencial o conhecimento e habilidade em reanimação neonatal...MESMO QUANDO SE ESPERA PACIENTES HÍGIDOS (saudáveis) sem hipóxia ou asfixia ao nascer." No Brasil de 2005 a 2009 13 recém nascidos MORRERAM AO DIA devido às condições associadas à asfixia perinatal sendo 5 deles a termo e sem mal formações congênitas. Não podemos permitir esse INFANTICIDIO no Brasil. BASTA !!!!! Dr Cristiano Gomes - Médico Oncologista Pediátrico - São Paulo - SP</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: desaprovo a ausência de pediatra (neonatologista) na sala de parto, pondo em risco a vida do bebê.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Eu como médico anesthesiologista formado por residência medica/MEC, pelo hospital naval Marcílio dias,,vos digo que o pediatra na sala de parto é essencial, na medida que nós anesthesiologistas como tal damos a prioridade de assistência a gestante como lei. No caso de ocorrer duas intercorrências médicas ao mesmo tempo entre a gestante e o bebê nascido vivo, como iremos salvá-los? Portanto é absurda qualquer medida de retirar o pediatra da sala de parto. Não precisamos provar com Leis e normas, é bom senso. Obrigado.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não concordo com a ausência de necessidade do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Apesar do grande avanço da medicina fetal, que vem diagnosticando patologias precocemente, não é raro nos depararmos com situações que necessitam da intervenção de um neonatologista, motivados por diversos fatores. Considero a presença desse profissional, de extrema relevancia para assegurar as melhores condições de atenção ao recém-nato. Ressucitação, é um ato importante, mas a atenção ao recém-nato vai muito além disso. A ciência deve, sempre, caminhar para maior cuidado e atenção as necessidades humanas. Não há justificativa plausível para retrocessos .</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Científica: como médico e com mais de vinte anos fazendo parto, afirmo que este evento é uma caixa de surpresas e que só se encerra e você só sabe que deu certo é que foi tudo bem, quando a mãe e o concepto recebem alta e bem. Mesmo assim eventos adversos como TVP e EP podem surpreender no ambiente domiciliar após a alta. Os eventos adversos clínicos e o toco-traumatismo e o sofrimento fetal podem não ser anunciados no pré natal a fazerem-se presentes ao nascimento. Quem então irá intervir neste momento???</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: dizer não á ausencia de pediatra na sala de parto. Sou Pediatra e é um absurdo a criança não ter assistência ao nascimento. Já existem tantos problemas de saúde detectados no momento do nascimento, que ás vezes não consegue se salvar a criança, imagine sem o pediatra!!</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Trabalhei por muitos anos como Médica Ultrassonografista do Hospital Naval Marcílio Dias, atendendo gestantes e Neonatos no Berçário (nestes com exames dirigidos como a Ultrassonografia Transfontanela), acompanhando a evolução anatômica e eventuais malformações acessíveis ao método. Sabemos da importância fundamental da atuação de um Neonatologista na Sala de Parto, para prevenir disfunções, melhorar os índices de Apgar e trazer condições reais de suporte à vida do nascituro.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A proposta da retirada de pediatra da sala de parto é absurda no meu ponto de vista. Já presenciei vários partos complicados durante meu internato de ginecologia e obstetrícia e a presença do pediatra é fundamental na assistência do recém-nascido que nasce em sofrimento. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, Southgate WM. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:862-7. Atherton N, Parsons SJ, Mansfield P. Attendance of paediatricians at elective Caesarean sections performed under regional anaesthesia: is it warranted? J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6. de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr. Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010;95:F326-30. Ersdal HL, Mduma E, Svendsen E, Perlman JM. Early initiation of basic resuscitation interventions including face mask ventilation may reduce birth asphyxia related mortality in low-income countries: a prospective descriptive observational study. Resuscitation. 2012;83:869-73</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O nascimento de um bebê é um evento previsível até certo ponto. Mesmo tratando-se de gestante de baixo risco, com pré-natal adequado, existem as intercorrências periparto. Sob esta ótica, todo nascimento necessita de uma equipe treinada em ação. Levando-se em consideração que nestas intercorrências pode haver a necessidade de intubação, o médico pediatra/neonatologista deve estar incluído neste cenário, pois é o profissional com formação específica para o atendimento desta população. Sob o ponto de vista da gestante /família deste bebê, deve ser oferecido o que há de melhor, isto é, caso haja alguma intercorrência, mesmo as estatísticas demonstrando que são infrequentes, para aquela mãe/pai, trata-se do SEU filho, que poderá apresentar sequelas permanentes de um atendimento insuficiente. Não seria isto uma infração ética?</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Instituição de ensino	1ª: Contra a suspensão dos pediatras na sala de parto. 2ª: -	
21/05/2015	Outra	1ª: o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. 2ª: -	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Documento científico que segue no anexo, e se baseia nos padrões mundiais, de prática e conduta em relação ao atendimento do recém-nascido na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Como Médico Pediatra há 36 anos e tendo participado de inúmeros nascimentos, fico cada vez mais convencido da necessidade da presença de um Pediatra-Neonatologista na hora do nascimento. Este é o profissional melhor capacitado para oferecer o melhor atendimento ao recém-nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: A ASSISTENCIA AO RECEM NASCIDO EM SALA DE PARTO DEVE SER REALIZADA SEMPRE , MESMO NOS PARTOS CONSIDERADOS DE BAIXO RISCO, POR MEDICO PEDIATRA TREINADO/CAPACITADO POIS O PRIMEIRO MINUTO DE VIDA DE UMA CRIANÇA TEM INTERFERENCIA EM TODA A SUA VIDA; MESMO NO PARTO (VAGINAL OU CESARIANA) CONSIDERADO DE BAIXO RISCO , O RECEM NASCIDO PODE NECESSITAR DE PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO E EM VIRTUDE DISSO A SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA TEM REALIZADO CONTINUAMENTE A CAPACITAÇÃO DOS PEDIATRAS BRASILEIROS.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A assistência ao neonato ao neonato, principalmente um que nasceu através de uma cesareana, deve ser dada pelo profissional mais qualificado devido ao risco de vida e risco de outras complicações. O profissional adequado seria o médico pediatra. Seria ainda recomendável que esse médico pediatra fosse especializado em neonatologia.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica, após estudar sobre todas as possíveis consequências de um trabalho de parto, os imprevistos quanto ao nascimento de um RN, a falta de um profissional para o suporte tanto para mãe quando para o RN seria um risco enorme e de fácil prevenção se um profissional estivesse presente. Grata, Carolina</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.14) Deseja anexar documentos ou referências bibliográficas?Formatos permitidos . DOC, .PDF. Para fazer upload de mais de um documento, compactar em um único arquivo .zip15) Deseja fazer outra contribuição? *( x ) Sim O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto,considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.( x ) Não</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: Com relação à recomendação desta consulta pública de autorizar a ausência de médico na assistência à gestante e do pediatra na sala de parto, observo tratar-se de recomendação ilegal uma vez que transgredir o Estatuto da criança e do adolescente " A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos" . O diagnóstico de qualquer condição médica realizada por profissional não médico é tratado como curandeirismo e sujeito ao Código Penal.E além disso quanto aos demais estados do Brasil, não saberia informar, no entanto no estado do Rio de Janeiro a presença de neonatologista na sala de parto é obrigatória por lei - lei 3613/2001.Estudos epidemiológicos de baixo nível de evidencia certamente não tem força jurídica maior que as leis e colocam esta proposta na classe das recomendações anti-éticas e ilegais por colocar em risco pacientes e neonatos que deveriam receber a saúde como direito constitucional e obrigatório do estado . A única evidência científica satisfatória para retirar médicos da assistência à gestante ou dos neonatos seria comprovar com alto nível de evidência que os médicos aumentam o risco dos pacientes, o que torna a discussão sem qualquer sentido ético, legal, coerente. E finalmente cabe ressaltar que um único óbito ocorrido em um serviço de saúde, cujo paciente não tenha sido assistido por médico, por ausência do mesmo, coloca a instituição assistencial e toda sua carreira hierárquica no banco dos réus, com base no Código Civil -lei federal nº 10406/2002; Lei federal 4657/1942;Lei federal 8069/1990;Constituição Federal do Brasil;Lei 2848/1940;lei federal 8080/1990. Recomendações, Portarias e Resoluções não podem se sobrepor as leis.Respeito às leis e não manipulação de evidências científicas, é o que se espera do Estado e dos órgãos públicos e mais ainda de quem os representa.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Tendo por base as evidencias científicas disponíveis na Biblioteca Cochrane e as Recomendações da Organização Mundial de Saúde, estou de acordo com estas diretrizes.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA DE 13 DE MAIO DE 2015</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Apenas para chamar a atenção que um treinamento completo em reanimação neonatal não significa competência para realizá-la. Isto está bem claro no manual de reanimação neonatal da academia americana de pediatria e da associação americana do coração, nos quais se baseia o curso de reanimação neonatal da sociedade brasileira de pediatria. Portanto, compete ao hospital ou maternidade e não ao Ministério da Saúde determinar o nível de competência e as qualificações necessárias para que um profissional assuma a responsabilidade clínica para reanimar um neonato.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de extrema importância e, portanto, imprescindível a presença e assistência do Pediatra na Sala de Parto, tanto em gestações de alto como de baixo risco. visto que um atendimento adequado ao recém-nascido pode minimizar e evitar eventuais acontecimentos não esperados que possam ocorrer no momento do nascimento, como asfixia ao nascer, o que acarretará em diferente prognóstico neurológico para a criança além de cuidados para toda a sua vida.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Como pediatra, venho reforçar, junto a colegas e entidades de classe, que até sim necessário humanizar e descomercializar o fenômeno da maternidade. Muito mais cesareanas são realizadas sim, é urgente mudar esse cenário; é urgente trabalhar na mudança da postura mediante a falsa soberania médica. É importante que o parto vaginal e a pronta amamentação sejam estimulados em todos centros de saúde. Porém, tal naturalização não deve se dar com a retirada do pediatra na sala de parto. Obvio que as experiências de quem trabalha em maternidade de alto risco são enviesadas, mas não se deve abrir mão desse recurso tão importante na história natural do parto.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um absurdo a autorização de assistência ao parto sem a presença do pediatra. Sou pediatra, intensivista, e hoje atendo crianças que tiveram seqüelas por má assistência no momento do parto. E isso, com as normas atuais. Seria um imenso retrocesso modificar isso e teríamos muito mais crianças comprometidas pelo resto de suas vidas por serem expostas a situações de risco evitáveis com a presença do pediatra.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a ausência de pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: No dia 16/12/11 estava agendada cesariana para meu filho Rafael. Gravidez sem intercorrências, sorologia maternas negativas, bolsa amniótica íntegra, não havia história de ITU materna. Ultrassom normal do dia 12/12/11. Meu Filho nasceu com APGAR 2 / 4 no primeiro e 5 minutos de vida, se não houvesse Neonatologista na sala de parto e atuasse prontamente provavelmente ele teria hipoxia no primeiro minuto e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Gerando custos para o resto da vida do paciente com fonoterapia, fisioterapia, neurologia, terapia ocupacional e exames de imagem que são muito dispendiosos. Sem contar que uma família com criança com paralisia cerebral necessita de atenção contínua dos pais, principalmente da mãe que tem de largar a profissão para cuidar do filho, acarretando prejuízo físico, mental e material da família. Por falta de Neonatologista, alguns hospitais aceitam a presença de pediatra treinado para realizar o parto, porém como enfermeiro e fisioterapeuta não tem capacidade de intubar um RN acredito que a falta de pediatra ou Neonatologista irá acarretar um aumento de pacientes com paralisia cerebral e consequentemente provocando danos emocionais e materiais para toda a sociedade</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: RETIRAR O PEDIATRA DA SALA DE PARTO É UM RETROCESSO. NASCERÃO MUITAS CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL E SEQUELAS SE NÃO FOREM PRONTAMENTE ATENDIDAS POR PROFISSIONAL CAPACITADO.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Acredito ser fundamental a presença de pediatra na sala do parto para a assistência adequada do recém-nato e reduzir a morbi-letalidade infantil.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho importante que o profissional que atende o RN na sala de parto seja médico, pois embora pequeno o numero de complicações graves, o custo futuro destas complicações certamente sera muito mais elevado do que a diferença entre o honorário de um médico e um enfermeiro por exemplo na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como medica sei a importancia da presença do pediatra na sala de parto para eventuais intercorrencias em que o recen nascido precise de alguma conduta medica, como no caso de anoxia neionatal, parada respiratoria, asfixia, desconforto respiratorio, problemas na hora do parto que causem danos a saude do recen nascido.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: É um absurdo retirar o médico pediatra da sala de parto, mesmo dos partos ditos de baixo risco! 1 em cada 10 recém-nascidos necessita de reanimação neonatal. Não garantir isso por profissional habilitado, além de total desrespeito e desvalorização de toda uma categoria que gastou no mínimo 8 anos pra concluir sua formação, é um desrespeito também com o binômio mãe-bebê! Uma reanimação neonatal inadequada aumenta o risco de anoxia perinatal, aumentando os gastos futuros do governo com equipe multiprofissional, terapias diversas e cirurgia devido ao aumento da sobrevida recente dos mesmos! SOU CONTRA A SAÍDA DO MÉDICO PEDIATRA DAS SALAS DE PARTO!</p> <p>2ª: O golden minute já é descrito em todos os cursos de reanimação neonatal. E retirar pediatra da sala de parto é desmerecer os pacientes e tirar dos mesmos o direito a tratamento adequado! O número de partos domiciliares não acompanhados por profissionais adequados é crescente e o número de erros e insucessos, também! Não vamos apostar no retrocesso. O Brasil ainda não conta com profissionais habilitados em número suficiente pra substituir o pediatra de forma adequada!</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: a assistência a sala de parto de uma criança de baixo risco deve ter sempre um acompanhamento de um profissional de nível superior habilitado para realizar todos os passos de reanimação neonatal inclusive o uso de drogas se necessário</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Eu, como medica pediatra e neonatologista estou indignada com a hipotese da não necessidade de pediatra na sala de parto, falta de respeito com o paciente e desvalorização da minha classe.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os 3 primeiros minutos da vida de um ser humano são essenciais para que ele preserve a integridade do sistema nervoso. E é por isso que o neonatologista é PEÇA INDISPENSÁVEL neste momento, pois ninguém como ele sabe como evitar os danos de um parto mal sucedido. Algumas patologias obstétricas, são previsíveis, outras não. E nesta hora precisamos de um profissional competente e especializado para evitar que 3 minutos virem lesão permanente e incapacitante para o resto da vida.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Empresa	<p>1ª: O Pediatra na sala de parto influi diretamente diminuindo a incidência de pacientes anoxia neonatal e Paralisia Cerebral permanente.</p> <p>2ª: Somente com o pediatra na sala de parto (mesmo em partos de baixo risco) é possível detectar fatores possíveis de anóxia neonatal na sala de parto.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É imprescindível a presença de um neonatologista na sala de parto, para evitar o nascimento de crianças com seqüelas neurológicas devido a falta de oxigenação cerebral, ocorrida no parto, o que talvez diminuiria após a intervenção do pediatra. Outro absurdo, é não deixar a mulher decidir sobre seu próprio corpo, desejando a cesariana, o que poderia ser resolvido após assinatura de um termo de solicitação.</p> <p>2ª: Deixar a mulher decidir sobre seu próprio corpo e decidir sobre a cesariana, e não ser uma imposição do governo a realização de partos naturais, que podem resultar em seqüelas irreversíveis para o bebe.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Um absurdo esta proposta! Mesmo sendo um percentual relativamente baixo de complicação de um RN, aquele bebê que precisa de cuidados merece um profissional capacitado para tal! E não é qq profissional não, pois não se trata de um trabalho técnico, mas de diferenciação de cuidado no sentido de que o médico foi preparado para, além de oferecer os cuidados iniciais, já estar pensando no diagnóstico e agindo conforme a sua hipótese, que é gerada até antes do nascimento, apenas com a anamnese do paciente. Acho discriminatória esta proposta, visto que criará duas medicinas: a de rico e de pobre. Os que não tiverem opção, terão seus bebês com técnicos "habilitados" para o serviço; os que puderem pagar, exigirão um pediatra para dar melhor assistência ao seu filho. Com certeza os RNs de familiares do governo estarão no segundo grupo...hipocrisia.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: "Em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%"Referência: Programa de Reanimação Neonatal, Sociedade Brasileira de Pediatria.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: A qualidade do atendimento no início da vida é fator importante para a qualidade de vida. logo, um pré-natal bem assistido, um parto bem conduzido e uma boa assistência à mãe e ao recém-nascido são fatores importantíssimos para o bom desenvolvimento desse novo cidadão. Por isso devem ser atendidos por profissionais capacitados para estes atendimentos, que são os médicos obstetras e pediatras. A presença do pediatra na sala de parto é obrigação do estado e direito de mãe e filho. Não podemos aceitar atendimentos feitos por "profissionais não médicos" nesse período que vai da gravidez ao final da fase de desenvolvimento da criança.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Outra	<p>1ª: "Em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%."Referência: Programa de Reanimação Neonatal - Sociedade Brasileira de Pediatria.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Visto que a cesárea eletiva aumenta a necessidade de manobras de reanimação e que o profissional mais capacitado para atender o recém-nascido que precisa de tais manobras é o pediatra com treinamento em reanimação neonatal, essa diretriz vai contra todos os esforços na redução da mortalidade neonatal relacionada à asfixia, que tem importante contribuição na mortalidade infantil no Brasil.</p> <p>2ª: -</p>	
21/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: extremamente importante para o recém nascido a avaliação imediata do pediatra em sala de parto .</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
21/05/2015	Outra	<p>1ª: um total retrocesso na assistencia ao recém nascido a parte em que deixa essa assistencia a cargo de profissional que nao o pediatria. Politica mesquinha de contencao de gastos as custas da saúde da populacao. Indignada.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É fundamental a presença do pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou contra a não presença do Pediatra em todo o nascimento.Um recém nascido que vá a óbito ou tenha sequelas neurológicas graves poe conta falta de uma adequada assistência é absurdo!</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estamos cientes da importancia da presença de um pediatra na sala de parto,pois este profissional foi capacitado durante 2 ou 3 ANOS para prestar assistencia ao recém nascido,com conhecimentos teoricos e principalmente ,com experiencia clinica em procedimentos em casos de complicações no momento do nascimento,assim como na previsibilidade de fatores de risco para o desenvolvimento neuro psicomotor da criança. Consideramos que todo recémnascido brasileiro tem o direito a um atendimento da melhor qualidade possivel pois disto vai depender o seu crescimento e desenvolvimento, para se tornarem crianças saudaveis e adultos produtivos social e economicamente.Nos lugares do nosso pais onde não houverem pediatras poderiam ser treinados outros profissionais para o atendimento na sala de parto, mas teremos que estar conscientes e respondaveis pelos riscos que estas crianças estarão correndo,pois infelizmente isto só poderá ser comprovado em pesquisas futuras, com todo o onus individual, social e financeiro que serão acarretados.Existem muitos trabalhos na literatura medica,mas consideramos que para nossa realidade devem ser valorizadas as normas do departamento de neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Fundamental a presença do Pediatra na sala de parto, pois só esse profissional está verdadeiramente capacitado a reanimação do recém-nascido, quando necessária , sendo impossível prever imprevistos, e toda vida humana merece respeito e não existe economia que pague por essa vida. É à consciência de vocês que estão a elaborar este protocolo que apelo e lhes pergunto : terias teu filho sem a comprovada segurança ? Esse brasileiro que vem ao mundo pode não ser teu filho, pode ser filho da miséria , mas não tire dele o mínimo da dignidade de ter sua vida assegurada, bem como sua saúde . Quantas paralisias cerebrais , quando não mortes , acontecem pela ausência do Pediatra ?</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Cuidados com o recém nascido em sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: é indispensavel a presença de pediatra na sala de parto para prevenção de complicações durante e apos o nascimento ,pprincipalmente sequelas neurologicas</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou neonatologista e acho q uma criança ASFIXIA gerará lesões irreversíveis a nível neurológico , aumentando e muito, como no passado o índice de mortalidade e/ou quadros de retardo mental e outros. Isso é uma REGRESSÃO DA EVOLUÇÃO . Um absurdo.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Considero um retrocesso a tudo que se conquistou em neonatologia a retirada de pediatras em sala de parto cesariana,considerados sem risco. Existem situações de emergência não previsíveis e a habilidade do pediatra em diminuir os riscos numa reanimação adequada no GOLDEN MINUTE é fundamental. Luta-se pela presença de um neonatologista!!! Como abdicar de um pediatra???</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: CONTRA A AUSENCIA DI PEDIATRA NA SALA DE PARTO</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: com relação a presença de neonatologista em sala de parto e de crucial importância . Pois mesmo em cesáreas "eletivas" sempre corremos o risco de nascimento de bebês deprimidos , que necessitam de uma assistência (manobras de reanimação) especializada. A presença do neonatologista em sala de parto , É como o cinto de segurança e air -bag nos carros - Nunca queremos ter que utiliza-los porém quando necessário salva vidas.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A assistência ao recém nascido em sala de parto deve ser realizada por profissional de saúde médico o melhor capacitado na região, de preferência o pediatra. Esse recebe treinamento com capacitação para lidar com os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários, assim como com suas consequências na evolução da situação, como por exemplo precisar se responsabilizar por novas condutas e mesmo assinar um óbito. Em caso de parto operatório a situação é mais ainda delicada, com frequente necessidade de reanimação que exige o conhecimento de particularidades técnicas, conforme referências em anexo.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e a nossa presença na sala de parto, mesmo sendo parto vaginal, pois mesmo sendo uma gestação de baixo risco, podem ocorrer complicações durante parto, e um profissional de enfermagem, mesmo que com experiência em neonatologia, não é capaz de administrar drogas para reversão de uma PCR, caso seja necessário. Além disso, a cesariana não pode ficar restrita somente aos casos de DPP, Placenta prévia ou sofrimento fetal. A paciente tem que ter o direito de optar.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: O recém nascido necessita de um atendimento por um profissional capacitado e com experiência em reanimação neonatal uma vez que as sequelas de uma asfixia neonatal podem incapacitar um indivíduo para uma vida além de representar uma tragédia para família e sociedade. Na literatura médica, há artigos sobre a importância deste tipo de profissional na sala de parto. E, atualmente, não há outro profissional tanto no Brasil quanto no mundo que não seja o pediatra com especialização em neonatologia. Pediatras sem especialização também são capacitados em reanimação neonatal assim como as enfermeiras com especialização em obstetrícia e neonatologia.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Não concordo com a idéia de qualquer recém nascido, classificado inicialmente como baixo risco ou médio risco perder seu direito de ser adequadamente assistido na sala de parto ao nascimento por um profissional ápto a realizar todas as etapas de uma reanimação neonatal, como faz apenas um pediatra. Pois por experiência própria assisti inúmeros rns classificados como baixo e de medios riscos em partos cesareanos eletivos nasceram deprimidos por por caudas variadas de asfixias como o liquido amniótico meconial e evoluíram com a necessidade de entubação orotraqueal e necessidade de medicação endovenosa, procedimentos específicos do profissional médico.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Minha contribuição se deve à minha participação nas reuniões da Comissão Regional de Investigação de de Mortalidade Materna e Infantil da Área de Planejamento 3.2 da SMS/ RJ desde 2007. Analisar os casos com desfechos fatais me permite uma visão aguçada de que determinadas competências técnicas como as de um neonatologista fazem toda a diferença na identificação precoce de condições clínicas adversas e na condução dos casos.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Outra	<p>1ª: As evidencias científicas mostram que é absolutamente necessaria a presença de um pediatra na sala de parto, sendo recomendado por todas as sociedades médicas e pediátricas. Se os elaboradores soubessem do que se trata o treinamento em reanimação, onde a maioria dos procedimentos são atos médicos, não ponderaria tal retrocesso</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
22/05/2015	Outra	<p>1ª: opinar sobre a consulta pública, para deixar registrado a minha absoluta contrariedade à proposta que visa dispensar a presença do Pediatra na sala de parto em cesariana, quando o feto está em termo, na ausência de sofrimento fetal e na ausência de sofrimento para gestante, dada a importância desse Profissional, para a garantia do bem estar e a saúde do recém-nascido, em qualquer circunstância.</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Outra	<p>1ª: A IMPORTÂNCIA DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO NA HORA DO NASCIMENTO, É TÃO ÓBVIA QUE ME SINTO ATÉ INFANTIL JUSTIFICANDO O QUE O CORPO TÉCNICO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE JÁ DEVE SABER. 1º: A CESAREANA DEVERIA SER UMA OPÇÃO DE PARTO DE EXCLUSÃO (APENAS GESTANTES COM CONTRA-INDICAÇÕES PARA PARTO VAGINAL DEVERIAM SER SUBMETIDAS A ESTE PROCEDIMENTO), LOGO OS RNS NASCIDOS DE PARTO CESAREANO DEVERIAM SER NORMALMENTE RNS QUE EXIGIRIAM MAIOR HABILIDADE NA SUA RECEPÇÃO, PORTANTO O PEDIATRA. 2º: RNS NASCIDOS DE PARTO CESAREANO TEM MAIS CHANCE DE APRESENTAR DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS, QUE DEVEM SER CONDUZIDOS PELO PEDIATRA.3º O "GOLDEN MINUTE" = A MINUTO DE OURO = 60 SEGUNDOS DE OUTRO, É O INTERVALO MÁXIMO DE TEMPO EM QUE DEVERIAM COMEÇAR AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO (PASSOS INICIAS, VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA, INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL +/- MASSAGEM CARDÍACA E USO DE ADRENALINA), CUJO PROFISSIONAL MAIS HABILITADO PARA EXECUTAR É O PEDIATRA. FICA AQUI A MINHA INDIGNAÇÃO COM A POSSIBILIDADE DO RETROCESSO QUE SERIA A NÃO OBRIGATORIEDADE DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO. SINTO MUITO DESDE JÁ, PELAS FAMÍLIAS QUE SOFRERÃO COM O LUTO DE PERDER SEUS FILHOS OU QUE OS CARREGARÃO SEQUELADOS POR NÃO TEREM RECEBIDO A ASSISTÊNCIA ADEQUADA.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Outra	<p>1ª: Alertar quanto a necessidade do médico pediatra na sala de parto para assistência ao recém nato</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
22/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Sou contra a ausência de pediatra da sala de parto. Já peguei mais de uma vez gestantes sem fatores de risco e com parto normal cujo recém nascido nasceu em apneia e até em parada cardíaca. Se eu não estivesse lá para fazer as monobras de ressuscitação provavelmente essas crianças estariam sequela das. Nestes casos não tínhamos como prever que isso aconteceria e portanto é fundamental ter sempre uma pessoa preparada para isso, no caso o pediatria.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estima-se que 10 % dos recém nascidos em gestações de baixo risco precisarão de reanimação neonatal. Considerando que o profissional que estiver responsável pela reanimação tem que estar preparado para tudo, inclusive para proceder à intubação orotraqueal, torna-se inadmissível que este profissional não seja médico. Não há como treinar enfermeiros em intubação orotraqueal considerando o modelo de treinamento que é feito atualmente. Os pediatras não aprendem a intubar nos cursos de reanimação e sim durante todo o período de residência médica que compreendem 60 h semanais durante 2 anos ininterruptos, mais a prática diária em plantões de UTI, pronto-socorro e maternidades. Dizer que as maternidades disponibilizarão um pediatra no plantão para casos eventuais, também não resolve a situação, já que é imprescindível que estes casos sejam solucionados com a maior agilidade possível e que poucos minutos de hipóxia já podem significar a diferença entre um neonato saudável e um recém nascido com seqüela de uma encefalopatia anóxica. Percebe-se que o ministério da saúde quer economizar no salário pago aos pediatras, mas certamente gastará mais para recuperar os recém nascidos que sobreviverem à uma reanimação feita por profissional não preparado para lidar com insuficiência respiratória aguda e manejo de via aérea. Estes recém nascidos lotarão as UTIs neonatais após sofrerem com uma reanimação feita de forma inadequada. Já tem gestor público dizendo que vai treinar as enfermeiras e demitir todos os pediatras de uma maternidade pública aqui em Goiânia.Considero esta atitude criminoso, visto que isto não amplia a assistência à saúde e sim diminui a qualidade da assistência, na medida em que priva o RN de receber assistência de um profissional visivelmente mais preparado, expondo o mesmo ao risco de morte ou de seqüela grave. Lamentável esta proposta do Ministério da saúde.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Acho essa medida um retrocesso no processo de ganhos na assistência ao RN.Onde fica o "Minuto ouro" na prevenção de sequelas futuras, de morbidade e mortalidade, no RN ?</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É de fundamental importância a presença de um pediatra na sala de parto! O binômio mãe -filho está completamente ameaçado! As medidas certas tomadas no devido tempo fazem a total diferença na qualidade de vida de uma criança e da família que se preparou para recebê-la!O pediatra na sala de parto é o melhor investimento que se pode fazer no cuidado à saúde da criança! Não existe custo-benefício melhor atualmente!</p> <p>2ª: Médico residente de pediatria</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Toada criança tem o direito a ser bem atendida em seu nascimento até manobras mais avançadas de reanimação como massagem cardíaca externa e VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA COM INTUBAÇÃO TRAQUEAL E INTUBAÇÃO TRAQUEAL É ATO MÉDICO !LOGO SERIA OBRIGATÓRIO A PRESENÇA DO PEDIATRA EM TODAS OS NASCIMENTOS,CASO NÃO SEJA POSSÍVEL QUE O ANESTESISTA TAMBÉM FOSSE TRENADO PARA REANIMAÇÃO NEONATAL POIS ENTENDE-SE QUE CESAREANA COMO QUALQUER OUTRA CIRURGIA TEM QUE SER ANESTESIADA POR PROFISSIONAL DA ESPECIALIDADE--ANESTESISTA.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Outra	<p>1ª: Por favor não tirem os pediatras das salas de parto! Estou no internato passando pela Pediatria e acompanhando sala de parto e tudo mais, a realidade do nosso país infelizmente é triste e exige que nossas crianças sejam acompanhadas pelo pediatra logo ao nascer. O pré-natal ainda não é feito adequadamente por muitas gestantes , a prevalência de DST`s não tratadas é alta. Muitas crianças que não deveriam morrer, estão morrendo. Se o pediatra sair da sala de parto, haverá um retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O pediatra é essencial na sala de parto.</p> <p>2ª: O bebê tem direitos e ter um profissional especializado no seu nascimento é um deles. Pediatra na sala de parto: direito á vida!</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
22/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Os 3 primeiros minutos da vida de um ser humano são essenciais para que ele preserve a integridade do sistema nervoso. E é por isso que o neonatologista é PEÇA INDISPENSÁVEL neste momento,pois ninguém como ele sabe como evitar os danos de um parto mal sucedido. Algumas patologias obstétricas , são previsíveis , outras não. E nesta hora precisamos de um profissional competente e especializado para evitar que 3minutos virem lesão permanente e incapacitante para o resto da vida.</p> <p>2ª: -</p>	
22/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Anexo artigo científico baseado em estudo que demonstra o aumento na necessidade de assistência ventilatória de recém-nascidos à termo ao nascimento, quando realizado parto cesáreo não urgente. Logo, considero imprescindível a presença do pediatra na sala de parto nesses casos, visto ser este o profissional mais capacitado para oferecer esta assistência, fundamental na manutenção da vida desses recém-nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
23/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: É um retrocesso enorme desassistir qualquer gestante e seu recém nascido de atendimento por médico pediatra na sala de parto. Existem diversas patologias e toco traumatismos que implicam em risco de vida e sequelas motoras, neurológicas, oftalmológicas, da parte respiratória que podem ser evitadas desde q sejam identificadas e abordadas/medicadas prontamente. O profissional habilitado para tal é o médico, e o especialista na faixa etária (pediatra) saberá doses e procedimentos específicos da área. Não há treinamento de enfermagem, nem de fisioterapia que substitua a abordagem do médico pediatra numa intercorrência periparto. Minutos de atraso para instituir medidas de tratamento ao recém nascido podem gerar sequelas pro resto da vida.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: A presença do médico Pediatra na sala de parto é uma das contribuições mais importantes na redução da mortalidade e da morbidade neonatais.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Defendo veementemnte a presença do pediatra na sala de parto para atendimento adequado do recém-nascido. O atendimento do RN no momento do nascimento é fundamental para garantir a sua saúde física e mental.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Gostaria de sugerir que seja mantada a obrigatoriedade do pediatra na sala de parto pois a retirada desse avanço seria um grande retrocesso.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: COMO PEDIATRA COM ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA, NESTA ÁREA HÁ 42 ANOS A PRESENÇA DO NEONATOLOGISTA EM SALA DE PARTO COM INDICAÇÃO DE PARTO CESAREA É DE EXTREMA IMPORTÂNCIA MESMO PARA AQUELAS PARTURIENTES QUE REALIZARAM O SEU PRÉ-NATAL SEM INTERCORRÊNCIAS, E SENDO BEM CONDUZIDO PELA OBSTETRA NO MOMENTO DO SEU TRABALHO DE PARTO. O NEONATOLOGISTA SEMPRE TEM QUE ESTAR PRESENTE PARA TODOS OS NASCIMENTOS DOS RECÉM-NASCIDOS COM A FINALIDADE DE EVITARMOS SEQUELAS E AO MESMO TEMPO PASSANDO SEGURANÇA AOS PAIS DO BEBÊ E DIMINUINDO TAMBÉM A MORTALIDADE NEONATAL.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
23/05/2015	Outra	<p>1ª: É FUNDAMENTAL A PRESENÇA DO PEDIATRA NAS SALAS DE PARTO PARA A GARANTIA E SEGURANÇA DA CRIANÇA DEVIDO AS FREQUENTES INTERCORRÊNCIAS DO PARTO.</p> <p>2ª: Na Tasmânia (Austrália), entre 1998 e 2003, foram analisadas 2.620 cesáreas eletivas com anestesia regional e 21.733 partos vaginais em conceptos com idade gestacional &gt;=37 semanas de gestações únicas. A necessidade de ventilação com pressão positiva com balão e máscara foi de 5,1% dos nascidos por cesárea vs. 3,8% dos nascidos por parto vaginal, com risco 1,34 (IC95% 1,12-1,60) vezes maior da aplicação do procedimento nos nascidos via vaginal. A frequência de Apgar de 0-3 no primeiro minuto foi menor nos nascidos por via vaginal (Atherton et al, 2006).</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
23/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Cuidado do Recém-Nascido (peculiaridades da operação cesariana).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou pediatra e neonatologista, testemunha de que as condições de nascimento de uma criança não são 100% previsíveis e é justamente nessas situações que fogem a regra e que são IMPREVISÍVEIS, que a assistência especializada, ou seja, de um PEDIATRA é indispensável, sob pena de se ter comprometido para sempre o prognóstico dessa criança e a vida de toda sua família. O Estado não tem o direito de expor nenhum cidadão a esse risco, mesmo que ele seja de 1%. A asfixia perinatal é uma das principais causas de mortalidade neonatal precoce e a morte por asfixia é uma MORTE EVITÁVEL. Caso insista com essa orientação, teremos um retrocesso inconcebível na assistência materno-fetal, com aumento na incidência da asfixia perinatal e da taxa de mortalidade infantil. Lembrando que o governo brasileiro se comprometeu juntamente com outros países, perante a ONU, com as Metas do Milênio para redução de 2/3 da mortalidade em menores de 5 anos até 2015. A presença do PEDIATRA em TODA a sala de parto é a certeza de que, pelo menos ao nascimento, temos os mesmos direitos, independente da condição socioeconômica.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Outra	<p>1ª: é essencial a presença do pediatra para atuar em caso de anomalias durante o parto e solucionar complicações eventuais do serviço de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Indispensável presença de pediatria em sala de parto, independente de ser parto normal ou cesariana. Quem tem experiência de trabalho em sala de parto, sabe que complicações como sofrimento fetal agudo podem ocorrer mesmo situações eletivas, e de forma imprevisível. Sabe-se que medidas de reanimação realizadas por profissional capacitado, devem ser realizadas em questão de segundos e que os efeitos dessas medidas podem mudar o prognóstico do recém nascido. Atraso de medidas em segundos, podem repercutir em sequelas cognitivas e neurológicas irreversíveis.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A assistência ao RN em sala de parto deve ser realizado por pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
23/05/2015	Outra	<p>1ª: Como Pediatra sei bem dos risco que todo parto tem, até mesmo nos partos de risco habitual, ou seja nao se tem garantia quanto a vitalidade do RN, mesmo que este não esteja em sofrimento fetal!! Estudos mostram que cesareanas de baixo risco podem nascer RN que necessitam de suporte ventilatorio adequado, sendo portanto um risco a ausência do pediatra em sala de parto!!</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é um direito adquirido do recém nascido. As cesareanas são passíveis de complicações durante a sua execução, mesmo as eletivas, e faz-se imprescindível a permanência de um profissional habilitado no manejo das possíveis intercorrências com os bebês.</p> <p>2ª: -</p>	
23/05/2015	Outra	<p>1ª: Referencia cientifica</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Outra	<p>1ª: parto sem pediatra na sala é medieval. Perderemos toda a segurança que já viemos garantindo para os nossos bebês.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou absolutamente contra a ausência de pediatra na sala de parto. seria um retrocesso graviissimo cuja principal vítima ainda não pode opinar :o Recém Nato</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Outra	<p>1ª: Em virtude dos recém-nascidos de cesareana ter um índice maior de necessidade de ventilação com pressão positiva, é importante a presença de um profissional médico, pediatra ou neonatologista para que essa etapa seja feita com o menor risco para o recém-nascido. Mesmo pediatras e neonatologistas experientes, por vezes tem dificuldade na realização destas manobras de ressuscitação cardiorrespiratórias. Acredito que um enfermeiro, por mais treinado que seja, não vá ter maior desenvoltura o que pode trazer riscos à saúde da criança. Neste momento em que pretendemos melhorar a taxa de mortalidade infantil, cujo percentual maior se deve aos problemas relacionados ao parto, devemos manter o pediatra como único profissional capaz de atender aos problemas do recém-nascido que uma cesareana pode trazer.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Ministério da Saúde	<p>1ª: Digo não à ausência do pediatra na sala de parto, é retroceder no tempo e diminuir a chance de sobrevivência do nascituro que exigir assistência técnica para não sequelar.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Manter recomendação de pediatra em sala de parto para qualquer via de parto: cesarea ou vaginal. O parto é um evento que pode complicar e necessitar de um profissional capacitado em Reanimação neonatal para atender de imediato um RN deprimido.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Outra	<p>1ª: Como pediatra e com experiência em atendimento à sala de parto, atendi várias situações onde tudo caminhava para uma simples cesárea com indicação por ietratividade e nasce RN com depressão respiratória. Como o número de CST é muito grande, tendo a parturiente a prerrogativa de escolher a data (absurdo), há um grande número de eventos surpresas e desagradáveis. Acredito que não se deveria retirar o pediatra da sala de parto, mas estimular gestantes e médicos obstetras a prática de parto normal.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: Assistência ao recém-nascido na sala de parto deve ser realizado pelo profissional mais competente - pediatra treinados na reanimação neonatal para poder interferir imediatamente em qualquer situação de agravo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Outra	<p>1ª: ACHO DE EXTREMA NECESSIDADE A PARTICIPAÇÃO DE PEDIATRA OU NEONATOLOGISTA NA SALA DE PARTO DURANTE O ATO DA CESARIANA.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Como neonatologista, integrante da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com residência e título de especialista em pediatria e neonatologia, com mestrado em medicina tropical e no quarto ano de doutorado em medicina tropical, atuando há 17 anos como preceptora de residência em pediatria e neonatologia, acredito que a assistência ao RN em SP no parto cesáreo deve ser dada pelo neonatologista ou pediatra capacitado para tal, com curso em reanimação neonatal, salvo nas situações em que isto não seja possível, como localidades longínquas que não disponham deste profissional. As necessidades de reanimação são maiores que no parto normal sem fatores de risco. Compartilho da opinião da SBP. Acho que as opções para melhor atendimento ao binômio mãe-feto devem sim ser repensadas, visando melhora na assistência e na humanização.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra em sala de parto é absolutamente necessária e salvadora mesmo em situações em que aparentemente tudo tenderia a evoluir bem. São apenas cinco minutos e essa ausência poderá incorrer em danos irreversíveis ao bebê, principalmente no aspecto neurológico. Não é possível aceitar tanto retrocesso. O pediatra deve permanecer atendendo o nascimento do bebê nas salas de parto.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira dePediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelomelhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos dereanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que apresença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimentodisponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção estejavoltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em:<a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>).</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal(Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples,havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volumecorrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grandemagnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood &amp; Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos.Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira dePediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelomelhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos dereanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que apresença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimentodisponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção estejavoltada exclusivamente para o mesmo (documento disponível em:<a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncaposicionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>).</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Gostaria de saber o porque dessa desqualificação do medico pediatra em sala de parto. muitos sequelados seriam evitados...muitas mortes tambem...Melhor do que ninguem mais, para poder receber são e salvo um RN...estão querendo retroceder no tempo, tempo em que poucos eram salvos,selecionando quem fica vivo , ou ter uma população de deficientes ou incapazes de exigir por seus direitos a uma nação falida... Não nos comparemos a nenhuma outra nação onde há educação ,respeito ,cumprimento de leis e direitos,ainda falta muito para chegarmos lá...</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: GOSTARIA DE COMO NEONATOLOGISTA, DIZER QUE ACHO UM ABSURDO, O RN NÃO TER O DIREITO A UM PROFISSIONAL QUE ESTUDOU A VIDA TODA PRA DAR ASSISTÊNCIA AO SEU NASCIMENTO,ONDE SABEMOS QUE O MUNDO ESTÁ CADA DIA MAIS SE EMPENHADA E SE QUALIFICANDO PARA MELHORAR ESTA ASSISTÊNCIA,ACHO ISSO UM RETROCESSO NUM MAIS QUE QUER CHEGAR A SER UM PAÍS DESENVOLVIDO.SABENDO QUE MESMO EM RN&gt;37S,EM TORNO DE 6% PRECISAM DE ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA COM VPP E MÁSCARA E SE A VENTILAÇÃO FOR MAL FEITA,PODERÁ CAUSAR SÉRIOS PROBLEMAS AO RN COMO O PNEUMOTÓRAX.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
24/05/2015	Outra	<p>1ª: A participação de médico pediatra na sala de parto deve ser obrigatória.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
24/05/2015	Outra	<p>1ª: É imprescindível a presença do pediatra na sala de parto para recepção ao recém-nascido. Claro que na sua ausência deve haver outro profissional com treinamento em reanimação do recém-nascido, mas as normas devem ter como padrão ouro a presença do médico pediatra e promover esforços para que mais locais pelo interior do país disponham do profissional.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Outra	<p>1ª: Manifesto contrariamente a não exigência de pediatra em sala de parto em que o risco seja considerado habitual, pois sabemos que mesmo nessas situações, deparamos frequentemente com sofrimento fetal agudo ou malformações congênitas não detectadas no pré natal que podem comprometer a vida do RN ou deixar sequelas cujo ônus para o paciente, seus pais, familiares e para o SUS são infinitamente superiores ao custo da formação de novos e na capacitação de mais pediatras para assistir os neonatos em todos os partos. Tal proposta, como está é um RETROCESSO diante dos avanços já obtidos com o SUS.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30). Totalmente contra a proposta da não necessidade de pediatra na recepção de recém nascidos ! A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73). Não há evidência científica alguma que suporte tal proposta, muito pelo contrário !</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
24/05/2015	Outra	<p>1ª: Sou Pediatra – Neonatologista, trabalho nesta especialidade desde 1992, acredito e participo ativamente como profissional no Sistema Único de Saúde. Assisti e presenciei uma mudança na concepção de promoção de saúde do país. Um dos índices que mais radicalmente percebemos foi a diminuição da mortalidade infantil do nosso país. É evidente que vários fatores contribuíram para tal, mas não podemos deixar de enfatizar que a atuação dos pediatras teve um papel fundamental nesta mudança. Especificamente em relação à presença do Pediatra na sala de parto, quero lembrar que isto aconteceu após luta incessante e conquistada após anos de atuação mostrando a importância deste profissional no momento crucial da vida e não podemos retroceder! Trabalho há mais de 20 anos em maternidade pública e de referência para gestação de alto risco. Sabemos sim, que em parto de risco habitual é geralmente tranquilo na maioria dos casos. Porém em nenhum parto dito de risco habitual podemos garantir esta tranquilidade na totalidade dos casos. Em 10% de todos os nascimentos irão necessitar de algum cuidado de reanimação neonatal, e que 1% necessitarão de medidas mais agressivas de um profissional habilitado para tal. Sabemos que o primeiro minuto de vida é fundamental para a recuperação da asfixia grave, e que 30 segundos perdidos poderão ser inexorável para a vida inteira. E sequelas que não serão resolvidas irão acarretar um prejuízo à vida, as famílias e ao próprio SUS. Segundo a OMS a asfixia ao nascer era responsável por cerca de 19% de óbitos de todo o mundo – a presença de um profissional mais treinado veio mudar este cenário. Neste sentido o pediatra é o profissional mais adequado para atuar na sala de parto, quer seja em parto por cesariana de risco habitual, parto normal ou em gestação de risco. Que a Pediatria encontra-se em crise é uma verdade, em crise de valorização do profissional, em crise quanto à diminuição progressiva em relação ao interesse de jovens profissionais, mas não podemos aceitar passivamente como justificativa uma medida desta. A ausência do Pediatra representa mais uma desvalorização da especialidade e um risco para a população infantil neste início da vida. Devemos sim treinar e capacitar todos os profissionais envolvidos na Reanimação Neonatal, mas a presença do Pediatra na sala de parto que é o profissional mais capacitado para realizar todos os passos necessários para o sucesso desta reanimação deve ser garantida. Coloco-me assim inteiramente contra a possibilidade de não garantir a presença do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
24/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra com 17 anos de experiência, penso que retirar o pediatra da sala de parto representa risco real para os RNs, pois mesmo que o profissional esteja na retaguarda, o minuto de ouro é vital para o início da reanimação deste pacientes. Não há como garantir que não ocorrerão complicações em um parto considerado de baixo risco</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Boa noite! Confesso que quando soube de tal informação imaginei logo que se tratava de alguma "intriga da oposição" (literalmente), algum boato para que se questionasse (ainda mais) a competência do atual Governo PTista, visto o absurdo da proposta, tornando-se desnecessária a presença do pediatra em salas de parto (cirúrgico) "supostamente" de baixo risco. Mas qual não foi a minha surpresa quando percebi que, apesar do pouco bom-senso, a intenção era real. A assistência adequada ao recém-nascido (RN) no momento da transição entre a vida intra e extrauterina é fundamental pra garantia da saúde de tal criança, sobretudo seu prognóstico neurológico a longo prazo (informalmente, costume dizer que a assistência em sala de parto pode ser a diferença entre a criança se tornar o melhor aluno da turma em matemática ou um candidato a uma vaga sofrida na AACD, e a linha entre os dois pode ser muito tênue). Vale ressaltar que, em muitos casos, um trabalho de parto aparentemente sem risco pode abruptamente tornar-se complexo, com necessidade de reanimação do RN, o que deve ser prontamente estabelecido dentro do decisivo primeiro minuto de vida, preferencialmente pelo pediatra mais capacitado, pra resolução de qualquer possível intervenção, incluindo a intubação orotraqueal (procedimento exclusivamente médico). Péssima a estratégia de, na impossibilidade da presença do pediatra em todas as salas de parto (sobretudo mais distantes dos grandes Centros), torná-lo desnecessário, sendo substituído por profissional não-médico (medida populista e inconsequente). Ao contrário, dever-se-ia valorizá-lo, o que serviria de estímulo para que novos médicos optem por essa especialidade, de preferência criando-se um plano de cargos e carreiras, levando o profissional (com condições dignas de trabalho, claro) às regiões mais distantes, como é feito com profissionais da área jurídica (os juízes e promotores não vão trabalhar no alto sertão e em lugares talvez inóspitos por mero altruísmo, certamente lhes é dado estímulo para isso). E mais uma vez surge a condição de segregação de classes, visto que os mais favorecidos exigirão a presença do pediatra (pagando por isso), enquanto os mais humildes ficarão à mercê da sorte (ou talvez mesmo do "azar"), sendo depois obrigados a acreditar que a asfixia neonatal ou óbito de seu filho foi "apenas uma fatalidade". Dessa forma, deixo aqui minha manifestação de repúdio a tal proposta. Atenciosamente, Anadélia Galisa</p> <p>2ª: -</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria entende que assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal, de acordo com as evidências científicas abaixo relacionadas. A operação cesariana, por si só, determina um aumento da dificuldade da transição cardiocirculatória e respiratória da vida intrauterina para a extrauterina. A literatura científica mostra que há necessidade aumentada de aplicação de ventilação com pressão positiva em neonatos a termo, de 37 a 41 semanas, nascidos por cesarianas eletivas com anestesia regional, em comparação aos nascidos por parto vaginal.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Empresa	<p>1ª: Nossa contribuição está no documento anexo formato WORD.</p> <p>2ª: -</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
25/05/2015	Outra	<p>1ª: Permanência de pediatra na sala de parto, considerando que mesmo em partos de baixo risco pode haver intercorrências que somente o pediatra é habilitado para conduzir o atendimento minimizando os riscos para o recém-nascido. Disponibilizar treinamento para os pediatras que atendem sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Outra	<p>1ª: A função do pediatra na sala de parto e garantir um atendimento de qualidade por um profissional preparado e qualificado (graduado em medicina(6anos), especializado em pediatria (2 anos)) imediatamente após o nascimento - "O MINUTO DE OURO". Estamos falando, de uma situação de reanimação, indiscutível ser protelada ou realizada por um profissional sem devida qualificação- REANIMAÇÃO NEONATAL - E UM ATO MÉDICO .DEVEMOS LEMBRAR QUE O NOSSO OBJETIVO E REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL E MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA DE NOSSA POPULAÇÃO. DIMINUIR O NÚMERO DE CRIANÇAS COM SEQÜELAS POR ASFIXIA PERINATAL NOS ESTAMOS CONTRIBUINDO PARA A QUALIDADE DE VIDA E ECONOMIZANDO EM GASTOS SUBSEQÜENTES.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Não a ausência de Pediatra na Sala de Parto. Parto Cesarea ja é uma intervenção na mulher por algum risco a saúde da mãe e/ou da criança. Portanto se torna imprescindível a presença do Pediatra, profissional responsável a dar assistência a criança.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Em Los Angeles (Califórnia, EUA), entre 1995 e 1997, foram estudados 419 nascidos a termo de parto cesáreo, provenientes de gestações sem complicações e com ausência de sofrimento fetal no período antenatal. Desses, 49% precisaram de alguma forma ativa de intervenção na sala de parto, dentre oxigênio inalatório, ventilação com balão e máscara e intubação; mas, não é possível identificar quantos precisaram de ventilação com balão e máscara ou com cânula traqueal (Posen et al, 2000).</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto, principalmente em cesariana, é essencial. Uma vez que a indicação da Cesariana, pode significar que este bebê poderá nascer com alguma morbidade ou certo grau de asfixia, necessitando de intervenção imediata e precisa.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A necessidade e importância dos pediatras nas salas de parto para recebimentos dos recém nascidos na sala de parto pela competência, compromisso e cuidado com seus pacientes relacionados com a reanimação neonatal eficaz sem perder os minutos preciosos da vida desses recém nascidos.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A retirada do pediatra da sala de parto constitui atitude temerária e irresponsável baseando sua decisão em caráter puramente estatístico e econômico. O governo não deve tomar uma atitude destas sem ouvir os especialistas da área e as sociedades de especialidade. Atenciosamente, Nairacyr Hans Pestana Gervásio</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como neonatologista já estive presente em inúmeros partos eletivos em que o RN necessitou de cuidados especiais no momento do nascimento. O Apgar nos diz como o bebê se encontra no primeiro de minuto de vida, porém a ação primordial do pediatra é exatamente antes dessa nota, no momento conhecido como "golfe minute". Além do que, bebês nascidos efetivamente podem apresentar malformações ou alterações não diagnosticadas no pré-natal, e nesse momento a presença de um especialista é muito importante.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Outra	<p>1ª: Há necessidade de um PEDIATRA treinado em reanimação neonatal em toda sala de parto , pelo fato de que mesmo num parto sem risco, o bebê pode nascer com problemas ,necessitando de cuidados de reanimação que devem ser iniciados no primeiro minuto de vida.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Retirar o pediatra da sala de parto é um retrocesso. Assegurar o tratamento adequado no momento do nascimento só será possível se o pediatra estiver disponível, minutos são preciosos e mesmo no parto normal não complicado pode ocorrer SFA. Se o pediatra não estiver disponível, não é possível chegar a tempo. É imperioso dispor de toda a equipe disponível.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Secretaria Municipal de Saúde	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: Como mãe de três filhos, pediatra com área de atuação em adolescência, posso afirmar que se não fosse o pediatra na sala de parto, meu segundo filho poderia ter sequelas de asfixia neonatal pois a evolução de meu parto teve uma reviravolta imprevista e tive que me submeter a uma cesariana pois foi identificado sofrimento fetal. Nasceu hipoativo, banhado em mecônio, mas graças ao pediatra na sala de parto, hoje é um adolescente saudável!</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Acho importante a presença do neonatologista em sala de parto, uma vez que sabemos que a maioria dos RNs necessitam de suporte ventilatório ao nascer, correndo o risco de morrer ou ficar com graves sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Minha prática médica de pediatra em sala de parto e UTIs por este Brasil, especialmente em SP e SC, agregada a 25 anos de dedicação à docência para o médico residente e estagiários fazem-me recomendar fortemente a indispensável obrigatoriedade da presença do pediatra na sala de parto, aliás em todo o período perinatal. A abordagem imediata de profissional qualificado (pediatra, com 6 anos de formação na faculdade + 2 anos de residência ou 3) contribui enormemente para a diminuição da morbimortalidade perinatal, dada a intervenção imediata do mesmo sobre intercorrências perinatais, que salvam a vida do conceito e/ou evitam sequelas.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: Em um país continental como o Brasil, é importante capacitar não apenas o médico para assistir a criança durante o parto. Contudo, em territórios onde existe médico, não é admissível que a prestação dessa assistência seja feita por não médicos, e sim preferencialmente por pediatra; ou seja, pelo profissional mais capacitado a prestar a melhor assistência a esses brasileirinhos e brasileirinhas que chegam ao mundo. Parto é emergência. Assim, nunca se pode prever com exatidão, as intercorrências. Em caso de cesariana, que somente pode ser realizada em ambiente hospitalar, é inadmissível pensar em regulamentar a ausência de pediatra para assistir a criança. É de se estranhar a exclusão do foco na criança quando se trata do parto, já que essa situação é bifocal: A mulher somente está a parir porque existe um nascituro. E esse ser é protegido como prioridade nacional pelo Artigo 227 da Constituição Federal (Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, COM ABSOLUTA PRIORIDADE, o direito à vida, À SAÚDE, à alimentação, à educação (...)) e também pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Ademais, além de infringir a obrigatoriedade de priorizar a saúde da criança, o simples fato de não citar o profissional médico e especificamente o pediatra, demonstra um retrocesso nas diretrizes públicas anteriores, em prol do barateamento da assistência à saúde e em detrimento à garantia da melhor prática de assistência aos recém-nascidos. Dizer que um recém-nascido é normal e não necessita de assistência é um diagnóstico. Para tal, é preciso conhecimento técnico de semiologia e propedêutica médicas, além do raciocínio clínico que é inerente à profissão. Assim, o grupo de docentes da Pediatria do Curso de Medicina - Departamento de Ciências da Vida - Universidade do Estado da Bahia vem registrar sua solicitação de que seja incluído no texto da Portaria consequente a essa consulta que, onde há médico, este deve ser o profissional a assistir o recém-nascido; sendo preferencialmente, o neonatologista ou o pediatra com treinamento em Reanimação Neonatal. No caso de não haver pediatra nem médico com treinamento para reanimação neonatal, a tarefa de receber a criança deve ser da enfermeira com treinamento para tal procedimento, o qual difere do treinamento médico. Na ausência desta, é importante que outros profissionais de saúde e, em última instância, leigos, estejam treinados para realizar procedimentos mínimos de reanimação, segundo preconizado pelo chamado "Suporte Básico de Vida" (SBV). Esse conhecimento (SBV) deveria ser de conhecimento universal, com treinamento obrigatoriamente disponibilizado em escolas de ensino médico e mesmo fundamental de todo o país.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Outra	<p>1ª: Estudo prospectivo nacional realizado em 35 maternidades públicas de 20 capitais brasileiras comparou a assistência ao nascer de 6.929 recém-nascidos a termo (37-41 semanas) de apresentação cefálica sem anomalias congênitas: 2.087 RN de parto cesárea não-urgente sob anestesia regional versus 4.842 RN de parto vaginal não instrumental. Necessitaram de ventilação com balão e máscara para iniciar a respiração: 4,7% nascidos de cesárea não-urgente e 3,3% nascidos de parto vaginal; e de ventilação por intubação traqueal: 0,3% nascidos de cesárea e 0,4% nascidos de parto vaginal. Nascer de operação cesariana não urgente aumenta o risco em 42% (IC 95%: 7-89%) da necessidade de ventilação com balão e máscara em relação ao parto vaginal em recém-nascidos de termo (Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2010;95:F326-30).A necessidade de reanimação neonatal pode ocorrer mesmo tratando-se de parturientes de baixo risco, e a demora em iniciar a reanimação ou a utilização de manobras inadequadas pode aumentar a morbimortalidade neonatal e as sequelas neurológicas (Portaria SAS/MS 371/2014).O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Resuscitation 2012;87:869-73).Dessa maneira, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo.</p> <p>2ª: O Decreto do Estado de São Paulo Nº 58.849, de 17 de Janeiro de 2013, que regulamenta a Lei nº 14.686, de 29 de dezembro de 2011, já dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissional habilitado em reanimação neonatal na sala de parto de hospitais, clínicas e unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS do Estado de São Paulo, assegurando o direito de assistência, no momento do parto, à mulher e ao recém-nascido e, para os fins deste decreto, considera profissional habilitado em reanimação neonatal o médico ou profissional de enfermagem, inscrito no respectivo Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Enfermagem, que tenha realizado treinamento teórico-prático.</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p>



Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Secretaria Estadual de Saúde	<p>1ª: A favor de pediatra/neonatalogista presente na sala em todos os partos, normais e cesarianas, Visto que, trabalhando neste setor há pelo menos 30 anos dos meus 37 anos de profissão, tenho Visto que todos os partos, mesmo aqueles com pré-natal bem realizado, podem ter risco Potencial e se transformar numa emergencia neonatal, onde o profissional experiente e Capacitado faz toda a diferença nesta hora. É o chamado minuto de ouro para o prognóstico de vida de tal bebê e a redução do número de crianças sequeladas por asfixia neonatal. Considero uma regressão, depois de termos obtido esta conquista, voltarmos atrás agora.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como pediatra e neonatologista, com 10 anos de formada e há 8 anos atuando na área de neonatologia, considero a retirada do pediatra/neonatologista na sala de parto um crime, pois mesmo em gravidez dita de "baixo risco", não há como garantir risco zero, podem acontecer imprevistos. Já presenciei por diversas vezes, a genitora fadigar ou não suportar mais a dor das contrações, ou então mesmo com analgesia, relaxar e não fazer a força adequada enfim... o RN fica tempo demais no canal de parto, ou mesmo ter uma circular que não foi vista ao ultrassom (durante a movimentação fetal é possível o enlace ocorrer e o obstetra não ter esse dado em mãos), daí o RN nasce deprimido, com LA meconial e se não tiver um pediatra capacitado ou neonatologista, o que irá acontecer? Estaremos selando o destino desta criança, seja com uma sequela neurológica grave ou mesmo o óbito. Nosso "gold minute" é de extrema importância, não dar o direito a criança a nascer bem assistida, a poder ter qualidade de vida, é no mínimo ferir os direitos humanos, a constituição brasileira e os princípios pregados na teoria do SUS. É um completo contrassenso, um retrocesso. Quando a neonatologia e a medicina fetal não existiam, era natural aceitar que um bebê nascesse cianótico, bradicárdico e morresse....não tinha o que fazer... hoje temos o que fazer, podemos fazer toda a diferença. Portanto, como mãe, como mulher e como profissional da área, condeno veementemente a retirada do pediatra na sala de parto.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: O recém-nascido deve ser atendido em sala de parto pelo melhor profissional capacitado em reanimação neonatal, pediatra ou neonatologista treinado pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Peditria, com capacidade de ventilar o recém nascido com balão e máscara ou entubá-lo se assim se fizer necessário. Segundo evidências científicas a necessidade de reanimação de recém-nascidos a termo nascidos de parto cesárea é de 2 a 5%. A ausência do pediatra em sala de parto irá aumentar o número de hipóxia perinatal e da mortalidade por asfixia.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Outra	<p>1ª: TODO recém nascido necessita do pediatra em sala de parto (independente se o parto for cesáreo ou vaginal, de risco ou sem risco para a mãe o bebê). Só saberemos que os bebês estarão bem após o seu nascimento e o primeiro minuto de vida de uma criança é o minuto de ouro, se o bebê não for atendido adequadamente pode ficar com sequelas graves e/ou até mesmo ir a óbito. Já atendi casos de bebês em que não havia pediatra em sala de parto e que as consequências foram graíssimas.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Outra	<p>1ª: Pela obrigatoriedade da presença do pediatra com experiência em reanimação neonatal em todos os nascimentos</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: "Em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood &amp; Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Kattwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo."</p> <p>2ª: "Em cesáreas eletivas em mulheres com gestação única, sem complicações, com apresentação cefálica, submetidas à anestesia regional, a necessidade ventilação com pressão positiva com balão e máscara no recém-nascido a termo gira ao redor de 2-5% e a de intubação traqueal com ou sem massagem cardíaca se situa por volta de 0,5%. Vale lembrar que a avaliação da vitalidade ao nascer pelo Boletim de Apgar não expressa necessariamente a condição de nascimento, uma vez que a ventilação com pressão positiva, quando necessária, deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos depois do nascimento (Kattwinkel et al, 2010). O risco de morte ou morbidade aumenta em 16% a cada 30 segundos de demora para iniciar a ventilação com pressão positiva até o 6º minuto após o nascimento, independentemente do peso ao nascer, da idade gestacional ou de complicações na gravidez ou no parto (Ersdal et al, 2012). No contexto acima, cerca de um em cada 20 nascidos a termo de cesárea eletiva com anestesia regional necessitam de ventilação com pressão positiva com balão e máscara. A ventilação com pressão positiva é o procedimento mais importante da reanimação neonatal (Kattwinkel, 2011). No entanto, a ventilação com balão e máscara não é um procedimento simples, havendo dificuldade do profissional que reanima o recém-nascido se assegurar de que</p>	<p><a href="#">Clique aqui</a></p> <p><a href="#">Clique aqui</a></p>

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
		<p>o volume corrente oferecido ao paciente está adequado, pois, são frequentes escapes de gás de grande magnitude entre a face e a máscara, além do que as obstruções de vias aéreas são comuns nessa faixa etária (Wood &amp; Morley 2013). O profissional de saúde deve ser capaz de detectar e corrigir essas falhas de modo rápido, estando ciente que se tal correção não for eficaz, a intubação traqueal está indicada (Katwinkel, 2011; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012). A indicação da intubação traqueal e a sua execução, no Brasil, são atos médicos. Dessa maneira, o Programa de Reanimação Neonatal Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de reanimação neonatal. A SBP entende que, nos locais distantes dos grandes centros, em que a presença do pediatra não é possível, o recém-nascido tem o direito ao melhor atendimento disponível por outro profissional habilitado em ventilação com balão e máscara, cuja atenção esteja voltada exclusivamente para o mesmo."</p>	
25/05/2015	Outra	<p>1ª: Embora seja baixa a frequência da necessidade de reanimação neonatal em cesáreas eletivas ditas de baixo risco, estes casos existem e são em geral imprevisíveis. Não há garantia segura de que numa cesárea eletiva, a termo, sem sinais de sofrimento fetal, o recém-nascido nascerá bem e sem necessidade de reanimação... Fui surpreendido muitas vezes em minha vida profissional - salvei algumas vidas em situações assim... E considerando a ainda precária assistência pré-natal disponível em grande parte do País, me parece temerário, ao menos a curto prazo, fixar diretriz que dispense a presença de pediatra (ou na falta deste, outro profissional adequadamente treinado em reanimação neonatal) em sala de parto, mesmo em situações de aparente baixo risco...</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: No CAPITULO 1 - CUIDADO CENTRADO NA MULHER, na pergunta "Qual o conteúdo e formato destas informações?", lê-se que A gestante deve receber a informação de riscos e benefícios de uma cesariana sendo mostrados os dados de literatura disponíveis, na esperança de que cada mulher tenha o melhor entendimento sobre o procedimento e assim possa tomar decisões a respeito." No entanto, são omitidas as informações sobre os desfechos de longo prazo relacionados à via de parto. Sabe-se atualmente que os nascidos de cesárea não se beneficiam do contato com as bactérias vaginais, com repercussões negativas sobre o microbioma dos nascidos. E também que não entrar em trabalho de parto nega ao bebê os benefícios epigenéticos da ativação e desativação de gens fundamentais à transição fetal-neonatal. Tais deficiências explicam o fato de que os nascidos de cesárea têm risco aumentado de doenças crônicas, tais como obesidade, asma, diabetes tipo 1, alergias e outras doenças crônicas. Tal omissão é inaceitável, dada a evidência robusta, tanto epidemiológica quanto aquela relacionada às ciências básicas (microbiologia, imunologia, epigenética, entre outras), e que devem ser incorporadas nos protocolos de decisão informada. Internacionalmente, tais dados têm sido muito abordados, enquanto no Brasil temos um injustificável silêncio sobre o tema, em prejuízo de mães e bebês. Os dados dos efeitos de longo prazo sobre os nascidos das vias de parto deve ser parte dos protocolos de escolha informada, pois as mães aceitam a cesárea por entender, erroneamente, que a via de parto "tanto faz, desde que o bebê nasça bem", o que é uma inverdade que seguimos repetindo, o que é inaceitável do ponto de vista científico e ético.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Sou contra a retirada do pediatra na sala de parto, é de extrema importância o profissional qualificado e preparado para eventuais intercorrências no nascimento de uma criança; acredito que todos merecem uma boa assistência ao bebê que está nascendo.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Outra	<p>1ª: É um absurdo, como o governo federal está conseguindo acabar com o nosso país. Sou dependente do SUS e ex-eleitora do PT, pq o pediatra é insondável para a segurança dos recém-nascidos. Vocês estão transferindo a irresponsabilidade dos gastos com a população, isso é inaceitável.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Instituição de ensino	<p>1ª: De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde anterior somos a favor de manter a recomendação que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de ventilação com balão e máscara e entubação quando necessário.Referencias:<a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>.J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6.de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr.Resuscitation. 2012;83:869-73. J Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.Wood FE, Morley CJ Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51. <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>).</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde anterior sou a favor de manter a recomendação que a assistência ao recém-nascido na sala de parto seja realizada pelo melhor profissional capacitado, ou seja, o pediatra treinado em todos os procedimentos de ventilação com balão e máscara e entubação quando necessário. <a href="http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf">http://www.sbp.com.br/pdfs/PRES037-12EncapositionamDCNeo-MinistroSaude.pdf</a>.J Paediatr Child Health. 2006;42:332-6.de Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr.Resuscitation. 2012;83:869-73. J Perinatol. 2000;20:101-4.Sociedade Brasileira de Pediatria. Reanimação neonatal: diretrizes para profissionais de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: SBP; 2012.Wood FE, Morley CJ Semin Fetal Neonatal Med. 2013;18:344-51.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Como médica Neonatologista e oftalmologista pediátrica de formação considero de suma importância a exigência de um atendimento de qualidade para os nossos recém-nascidos, relacionando diretamente com o futuro do nosso país; reduzindo cada vez mais quadros de asfixia neonatal e melhorando o cuidado com pacientes de risco (mesmo sem história no pré-natal).</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Concluindo a mensagem anterior, declaro que acreditando em um futuro melhor estar vinculado a melhoria na saúde ... Considero de suma importância a presença de pediatra Neonatologista na sala de parto para o adequado cuidado neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	Descrição da contribuição	Referência
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Concluindo a mensagem anterior, declaro que acreditando em um futuro melhor estar vinculado a melhoria na saúde ... Considero de suma importância a presença de pediatra Neonatologista na sala de parto para o adequado cuidado neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: Concluindo a mensagem anterior, declaro que acreditando em um futuro melhor estar vinculado a melhoria na saúde ... Considero de suma importância a presença de pediatra Neonatologista na sala de parto para o adequado cuidado neonatal.</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: A presença do pediatra Neonatologista na sala de parto define, muitas das vezes, não só a vida como a qualidade de vida, prevenindo a morte e a asfixia neonatal; mesmo sem história de risco no período pré-natal. Afinal, uma sala de parto é uma "caixinha de surpresa".</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Sociedade médica	<p>1ª: É um risco para o RN a ausência do pediatra na sala de parto</p> <p>2ª: -</p>	
25/05/2015	Instituição de saúde	<p>1ª: A presença do pediatra na sala de parto é fundamental para o suporte ágil e adequado que um RN pode demandar mesmo em gestações de baixo risco, viabilizando à redução de complicações e sequelas</p> <p>2ª: -</p>	