

Contribuições dos profissionais de enfermagem e obstetrícia para a saúde da mulher

Relatos da Região das Américas



OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
REGIÃO REGIONAL DAS AMÉRICAS

Contribuições dos profissionais de enfermagem e obstetrícia para a saúde da mulher

Relatos da Região das Américas

Washington, D.C., 2021

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
REGIÃO REGIONAL DAS AMÉRICAS

Contribuições dos profissionais de enfermagem e obstetrícia para a saúde da mulher. Relatos da Região das Américas

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2021

ISBN: 978-92-75-72363-0 (impresso)

ISBN: 978-92-75-72364-7 (pdf)

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhual 3.0 OIG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida. Contribuições dos profissionais de enfermagem e obstetrícia para a saúde da mulher. Relatos da Região das Américas. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275723647>.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, escrever a sales@paho.org. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

HSS/HR/2021

Fotografias: © Organização Pan-Americana da Saúde

SUMÁRIO

Autores dos relatos	v
Agradecimentos	ix
Introdução.....	1
Propósito	5
Método	7
PARTE I. INICIATIVAS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NOS TRÊS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	9
BOLÍVIA (ESTADO PLURINACIONAL DA): Amamentação em um serviço de atenção primária à saúde	11
CANADÁ: Práticas inovadoras em cuidados obstétricos com o programa MATCH	15
GUIANA: Cuidando da gestante, filhos e familiares	19
GUIANA: Clínicas de saúde materno-infantil e atendimento a pacientes crônicos	23
PANAMÁ: Fortalecimento do primeiro nível de atenção com foco na comunidade	25
URUGUAI: Maternidade humanizada e assistência ao parto	29
PARTE II. INICIATIVAS DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA EM COMUNIDADES REMOTAS E POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO VULNERÁVEL	33
GUATEMALA: Cuidado materno e neonatal em uma comunidade remota	35
MÉXICO: Parto respeitoso atendido por profissionais da obstetrícia em casos de mulheres em situação de violência.....	37



PARTE III. INICIATIVAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	41
III.1. Iniciativas educativas para profissionais de saúde.....	43
BRASIL: Colaboração da universidade com as unidade de saúde para promoção do aleitamento materno	43
CHILE: Teleobstetrícia para o treinamento de obstetrizas durante a pandemia de COVID-19.....	46
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: Desafios para a educação em enfermagem e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19.....	48
REPÚBLICA DOMINICANA: Iniciativas da equipe de enfermagem em face da pandemia de COVID-19	51
TRINIDAD E TOBAGO: Reposicionando a educação em obstetrícia de acordo com as melhores práticas internacionais	55
III.2. Iniciativas educativas para usuários dos serviços de saúde	58
BRASIL: Benefícios de incluir um parceiro masculino no cuidado pré-natal de uma mulher	58
EL SALVADOR: Humanização da assistência ao parto com medidas psicoprofiláticas	61
PERU: Programa Familiar Acompanhante para promover o vínculo entre o pai, a família e o recém-nascido.....	65
TRINIDAD E TOBAGO: Experiências da Associação de Obstetrias de Trinidad e Tobago em aulas de educação para o parto.....	68
Conclusões	71
Referências	73



Autores dos relatos

Bolívia (Estado Plurinacional da)

Jeanneth Lourdes Madrid Lara

Enfermeira
Centro de Saúde Garcilazo Bajo

Brasil

Carolina Maria de Sá Guimarães

Enfermeira obstétrica, Doutora
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Flávia Azevedo Gomes

Professora associada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Geraldo Duarte

Professor titular de Ginecologia e Obstetrícia
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Juliana Cristina dos Santos Monteiro

Professora associada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Lilian Donizete Pimenta Nogueira

Enfermeira obstétrica, Coordenadora do Programa de Aleitamento Materno
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Márcia Cristina Guerreiro dos Reis

Enfermeira, Coordenadora do Programa de Aleitamento Materno
Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto

Monica Isabel Alves

Enfermeira
Prefeitura Municipal de Franca; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo



Canadá

Elizabeth Darling

Obstetrix, Diretora e Reitora associada
Programa de Treinamento de Obstetrixes
Professora associada
Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, Universidade McMaster

Jenna Bly

Obstetrix
Centro South Riverdale para saúde comunitária e atenção primária, Toronto

Shezeen Suleman

Obstetrix
Centro South Riverdale para saúde comunitária e atenção primária, Toronto

Susana Ku

Obstetrix
Universidade McMaster

Chile

Daniela Rojas

Professora de Obstetrícia
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidad de los Andes

El Salvador

Ana Lisia Alfaro

Enfermeira, Chefe do Departamento de Enfermagem
Hospital Nacional Nossa Senhora de Fátima de Cojutepeque

Estados Unidos da América

Nora Drummond

Enfermeira obstetra
Faculdade de Enfermagem, Universidade de Michigan

Ruth E. Zielinski

Enfermeira obstetra
Faculdade de Enfermagem, Universidade de Michigan

Guatemala

Catarina Maldonado Sajbin

Enfermeira
Universidade de São Carlos de Guatemala



Guiana

Duan Lewis-Garnett

Obstetriz
Centro de Saúde de Buxton

Nada Natasha Nurse

Obstetriz
Centro de Saúde Plaisance

México

Ameyalli Aide Juárez Orea

Enfermeira
Casa Materna, Chiapas

Panamá

Veyra Beckford Brown

Enfermeira
Universidade do Panamá

Peru

Lady Horna Cabanillas

Enfermeira coordenadora
Serviço de Neonatologia, Hospital Edgardo Rebagliati Martins

María de Fátima Ballón Rendón

Enfermeira
Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Vanessa Naupari Carreño

Enfermeira chefe
Serviço de Neonatologia, Hospital Edgardo Rebagliati Martins

República Dominicana

Silvia Iris Tejada

Professora
Escola de Enfermagem, Universidade Autônoma de Santo Domingo

Juana Solano

Professora
Escola de Enfermagem, Universidade Autônoma de Santo Domingo



Trinidad e Tobago

Arlene James Euin

Professora assistente
Universidade das Índias Ocidentais

Debra Lewis

Consultora
Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Escritório Regional para a América Latina e o Caribe

Franka Olliviere Andrews

Presidente do Comitê de Educação
Associação de Obstetizes de Trinidad e Tobago

Marcia Rollock

Presidente
Associação de Obstetizes de Trinidad e Tobago

Oscar Noel Ocho

Diretor
Professor titular
Universidade das Índias Ocidentais

Uruguai

Mercedes Pérez

Professora, Diretora
Faculdade de Enfermagem, Universidade da República



Agradecimentos

Silvia Cassiani, Assessora de Enfermagem e Técnicos em Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), coordenou a elaboração desta publicação.

Desejamos expressar um agradecimento especial a Bremen De Mucio, María Luiza Gonzales Riesco Bellini e Maria Isabel Núñez Hernández por suas contribuições para este documento. Agradecemos também a Bruna Moreno Dias, Lilia Jannet Saldarriaga Sandoval e Nicoletta Scapini Calvo, estagiárias do Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS.

Estendemos nosso agradecimento a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram com suas valiosas histórias para destacar a contribuição dos profissionais de enfermagem e obstetrícia para a saúde da mulher.



Introdução

No relatório *Situação da Enfermagem no Mundo 2020: Investindo em Educação, Emprego e Liderança*, publicado no mesmo ano pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que existam cerca de 28 milhões de profissionais de enfermagem no mundo, número que representa mais da metade dos profissionais de saúde. Observa-se também que ainda existe um déficit global de 5,9 milhões de profissionais de enfermagem, principalmente em países da África, Sudeste Asiático e Região do Mediterrâneo Oriental da OMS, bem como em alguns países da América Latina. As ações necessárias para reduzir o déficit desses profissionais são aumentar o investimento nacional para evitar um quadro de escassez global, aumentar o número de graduados em enfermagem, melhorar as opções de emprego e reter profissionais no sistema de saúde (1).

O relatório também conclui que o investimento em profissionais de enfermagem e obstetrícia possibilitará melhorias no campo da saúde, mas também contribuirá para melhorar a qualidade da educação, promover a igualdade de gênero e garantir trabalho decente e crescimento econômico, todas conquistas alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (1).

A OMS declarou 2020 como o Ano Internacional dos Profissionais de Enfermagem e Obstetrícia. No entanto, os planos da celebração foram afetados pelo intenso trabalho dos profissionais durante a pandemia de COVID-19, declarada em 11 de março de 2020 pela OMS. Consequentemente, a OMS declarou 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores e Cuidadores da Saúde (2).

A pandemia de COVID-19 destacou as desigualdades e iniquidades que existem nos sistemas de saúde e nos países da Região das Américas. Os países implementaram medidas não farmacológicas de saúde pública durante a resposta à pandemia, incluindo confinamento em casa e fechamento de escolas e empresas, que tiveram diferentes efeitos nas condições sociais, econômicas e culturais de diferentes grupos populacionais (3). Em países onde o acesso à saúde foi ainda mais afetado pela pandemia, os profissionais de saúde e cuidadores têm personificado uma das melhores respostas para combatê-la (4).



A tarefa dos profissionais de saúde não tem sido fácil. Eles aplicam seus conhecimentos, auxiliam seus pacientes e dão suporte emocional e terapêutico, ao mesmo tempo em que cuidam da própria saúde. Apesar do medo de adoecer, essas pessoas saem de casa todos os dias para o combate ao vírus, suportando longas horas de trabalho e, muitas vezes, convivendo com condições precárias de trabalho — incluindo a falta de suprimentos e equipamentos de proteção individual —, o que, por sua vez, contribui para o aumento do risco de infecção.

Até 31 de dezembro de 2020, 2.262 profissionais de enfermagem de 59 países ao redor do mundo haviam morrido, segundo os registros do Conselho Internacional de Doenças, sendo Brasil, Estados Unidos da América e México os países com maior número de profissionais falecidos. Até hoje, esses números continuam a aumentar, assim como as infecções em profissionais de saúde, que são estimadas em mais de 1,6 milhão (5).

Em setembro de 2020, a Assembleia Geral das Nações Unidas reconheceu o papel crítico dos recursos humanos para a saúde no combate à pandemia de COVID-19. Além disso, destacou a necessidade de formar, treinar e reter profissionais de saúde e ressaltou que o investimento é essencial para promover condições de trabalho decentes e proteger os trabalhadores de todas as formas de violência e práticas discriminatórias (6).

Por outro lado, as consequências derivadas da pandemia afetaram homens e mulheres de maneiras diferentes. Várias são as dimensões relacionadas a essa diferença, como força de trabalho em saúde, impacto social e medidas de proteção social, aspectos relacionados ao trabalho não remunerado, subemprego e emprego informal, falta de segurança alimentar, direitos sexuais e reprodutivos e violência de gênero. Os dados demonstram isso.

A análise das infecções pelo vírus da COVID-19 e as mortes associadas em profissionais da saúde de todo o mundo apontam uma maior incidência da infecção nas mulheres, embora a mortalidade seja maior nos homens. Profissionais de 50 a 59 anos apresentam alto risco de infecção e os de 70 anos ou mais apresentam maior letalidade. Em relação às especialidades, os profissionais frequentemente expostos às secreções oronasais apresentam maior risco, embora não deva ser subestimado o risco a que estão expostas outras especialidades. Esses dados sugerem a adoção de diretrizes para acompanhamento, testagem e notificação de infecções em profissionais de saúde. De forma complementar, pode-se considerar a designação de profissionais de alto risco para atividades e setores de menor exposição, como o atendimento a pacientes sem COVID-19, o desempenho de cargos administrativos ou a telessaúde (7).

Em geral, as mulheres têm sido muito afetadas pela pandemia, seja como trabalhadoras de saúde, seja por dificuldades de acesso aos serviços e cuidados de saúde. Elas constituem a maioria do pessoal de saúde, por isso estão mais expostas aos riscos ocupacionais no setor. Alguns destes são infecções ocupacionais por coronavírus e lesões associadas ao uso prolongado de equipamentos de proteção individual, exposição a toxinas de desinfetantes, aumento da carga e do tempo de trabalho, violência, discriminação e estigma, fadiga crônica,



distúrbios psicológicos e riscos à saúde mental, bem como a precariedade das instalações de saneamento, higiene e descanso (8). Na Região das Américas, as mulheres representam 86% da força de trabalho de enfermagem (1).

A pandemia também afetou negativamente os cuidados com o parto e o pós-parto devido à diminuição dos serviços de pré-natal, educação em saúde e pesquisa sobre patologias maternas. Um estudo publicado em outubro de 2020 (9) estima que poderia haver um aumento de 60.000 a 200.000 no número de natimortos durante os 12 meses seguintes.

O confinamento domiciliar da população em alguns países teve um impacto direto no planejamento familiar e na violência de gênero. Estudo realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) estima que, em função da pandemia, as adolescentes poderiam ter 20% a mais de limitações no acesso aos métodos anticoncepcionais, o que levaria ao aumento da gravidez precoce, além de aumentar a exposição de meninas e adolescentes a maior violência e abuso doméstico (13).

Na Colômbia, as ligações para a linha direta para vítimas de violência de gênero aumentaram 91% desde que o confinamento foi imposto, e no México, 36%. Na Argentina, onde sete em cada 10 feminicídios ocorrem em casa, as chamadas de emergência por violência doméstica aumentaram 25%. E, no Estado Plurinacional da Bolívia, a cidade de Santa Cruz registrou o maior número de casos de violência doméstica até o momento. Junto com o Paraguai, a Bolívia também apresenta a maior taxa de feminicídios em adultos e crianças na América do Sul (10).

A capacidade reduzida dos serviços de saúde e o acesso mais limitado aos serviços de resposta imediata dificultaram a procura de ajuda pelas mulheres. Da mesma forma, o medo do contágio faz com que muitas delas optem por ficar em casa ao invés de buscar assistência nesses serviços (11).

Esses problemas são intensificados por fatores socioeconômicos e por desigualdades e iniquidades nos países, como desemprego, emprego informal, ausência de proteção social e acesso limitado a serviços de saúde e educação (3). É previsível que o impacto econômico e a diminuição da renda com a pandemia aumentem a vulnerabilidade de mulheres e crianças (12). A diminuição de recursos e a sobrecarga de trabalho não remunerado para as mulheres também afetaram o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, a concentração de recursos na contenção da pandemia pode impor dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde (13).

A pandemia de COVID-19 tem sido uma fonte de novos desafios para todos, incluindo profissionais de saúde. As mudanças nas formas de atendimento e na realidade epidemiológica e o aumento das lacunas na saúde tiveram fortes reflexos negativos. Ao responder à pandemia, os sistemas de saúde também devem focar em políticas e estratégias voltadas para o cuidado das mulheres, com respostas baseadas na comunidade e profissionais qualificados para oferecer um plano de cuidado viável (14).



É fundamental apresentar, destacar e valorizar o trabalho e o papel dos profissionais da saúde, que têm realizado imensos esforços para atender às comunidades urbanas e rurais, sobretudo considerando que 2021 é o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores.

Os relatos aqui apresentados enfocam a compreensão da atenção integral de enfermagem e obstetrícia à mulher, tanto do ponto de vista do profissional de saúde quanto das usuárias. O objetivo final é mostrar as iniciativas dos profissionais de saúde que atuam para garantir a equidade em saúde e, portanto, o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.



Propósito

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em reconhecimento ao papel fundamental dos profissionais de enfermagem e obstetrícia nos sistemas de saúde, decidiu divulgar as iniciativas e contribuições dos profissionais com foco na saúde da mulher, como parte das comemorações do Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores em 2021.

Esta publicação apresenta e resume as atividades, histórias e casos apresentados por profissionais de alguns países da Região. Todas as histórias ilustram o papel dos profissionais de enfermagem e obstetrícia no avanço em direção ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde. Eles também mostram sua contribuição para os sistemas de saúde, universidades e escolas nos países das Américas.

As páginas a seguir apresentam relatórios sobre diferentes tipos de serviços de saúde, considerando a atenção à saúde em diferentes etapas do ciclo de vida, com foco na saúde da mulher, saúde materna e saúde infantil. Além disso, diferentes iniciativas e estratégias inovadoras são apresentadas no contexto do enfrentamento à pandemia de COVID-19.

Ao longo das histórias, torna-se visível o papel crucial dos profissionais de enfermagem e obstetrícia nos sistemas de saúde e em suas próprias comunidades. Esses profissionais capacitam a população e promovem o cuidado à saúde da comunidade, com base nas diretrizes da atenção primária à saúde (15).

O objetivo deste material é divulgar histórias de diferentes profissionais da saúde na área da saúde da mulher e na formação de outros profissionais. Evidencia-se também a realidade da saúde da mulher nos diversos países da Região e as iniciativas dos profissionais para garantir um atendimento de qualidade e humanizado, bem como o foco na formação dos profissionais. É importante destacar que o principal interesse desta publicação é coletar as histórias das experiências vividas e comunicadas pelos autores.



Método

Este documento vem na sequência daquele publicado pela OPAS em 2020 com o título *Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal (16)*.

Inicialmente, o projeto que culminaria na publicação anterior foi desenvolvido em parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Centro Colaborador da OPAS/OMS, com a compilação de estudos de caso, iniciativas ou atividades de profissionais de enfermagem que atuavam nos Estados Unidos da América. Em 2019, a OPAS aderiu ao projeto e expandiu seu escopo para os demais Estados Membros da Região das Américas. A Organização solicitou casos, histórias e atividades de profissionais de enfermagem das representações da OPAS, associações de enfermagem, chefes de enfermagem e redes sociais na Região das Américas. Em seguida, foi enviado um modelo que estruturou os objetivos do serviço, o projeto ou programa descrito, o tipo de trabalho envolvido, os resultados e a população atendida.

Esse processo culminou no recebimento de mais de 400 histórias. A OPAS selecionou algumas delas de acordo com critérios de relevância para o tema abordado na publicação, qualidade e coerência de conteúdo, bem como inovação para a prática na Região.

Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal incluiu 41 histórias. Para esta publicação, a OPAS selecionou 17 histórias adicionais entre as recebidas. Embora não sejam incluídos casos de todos os países da Região, as histórias dessas profissionais de enfermagem e obstetrícia fornecem experiências e contribuições para a saúde da mulher e abordam situações representativas da Região. Todas as iniciativas e histórias apresentadas têm como elemento central a saúde da mulher, usuária ou profissional de saúde, e de sua família.



PARTE I

Iniciativas de profissionais da
saúde nos três níveis de
atenção à saúde



Amamentação em um serviço de atenção primária à saúde

Jeanneth Lourdes Madrid Lara

BOLÍVIA (ESTADO PLURINACIONAL DA)

O Centro de Saúde Garcilazo Bajo foi criado em 2003 como instituição pública do primeiro nível de atenção, dependente do Ministério da Saúde e do Esporte, da Secretaria de Serviços de Saúde (SEDES) de Chuquisaca e da RED I Sucre do Distrito II Santa Bárbara Sul. Os recursos humanos que atuam no centro são quatro médicos, duas enfermeiras habilitadas, um dentista e um técnico em vacinação, totalizando oito profissionais.

No dia 8 de outubro de 2018, o centro passou por avaliação externa para certificação como Centro de Saúde Amigo da Mãe e da Criança, como parte do processo de conscientização, capacitação e fortalecimento institucional para o cumprimento das 11 etapas do aleitamento materno.

O processo de avaliação foi iniciado em 2017. No início, os profissionais de saúde não estavam motivados e comprometidos. Ainda assim, autoridades locais, departamentais e municipais foram convidadas a considerar a experiência do Centro de Saúde Garcilazo Bajo como um modelo que poderia ser replicado em todos os postos de saúde do município de Sucre.

Políticas de promoção do aleitamento materno foram desenvolvidas para todos os profissionais de saúde que tiveram contato com a mulher de alguma forma durante a gravidez e o puerpério, durante os cuidados à mulher e sua recém-nascida ou recém-nascido ou nos primeiros meses de vida. Também foi considerado fundamental propor estratégias inclusivas, intersetoriais e interinstitucionais em articulação com toda a sociedade civil, de forma a envolver a equipe de saúde, as autoridades municipais e os pais para o alcance da mudança e do empoderamento na saúde da população do município de Sucre.

Foi assim que os profissionais de saúde estabeleceram o objetivo geral de traçar políticas de incentivo ao aleitamento materno no Centro de Saúde Garcilazo Bajo. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: 1) desenvolver uma norma de promoção



Verificou-se que o tempo disponível para promoção e incentivo ao aleitamento materno nos diferentes serviços era insuficiente devido à grande procura por parte das usuárias do centro de saúde. Consequentemente, a mensagem que se pretendia comunicar chegava aos seus destinatários incompleta ou distorcida. Por isso, decidiu-se implantar e adaptar um ambiente denominado Espaço Amigo da Amamentação. Nesse local, a equipe de saúde ofereceu aulas teóricas e práticas para gestantes e mães com filhos em fase de amamentação.

do aleitamento materno, a fim de atualizar e padronizar os conhecimentos técnicos e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; 2) sensibilizar e capacitar as famílias e a sociedade civil para a promoção, proteção e apoio às práticas de amamentação bem-sucedidas e 3) desenvolver mecanismos de monitoramento e estimular a promoção e proteção da amamentação.

Definidos os objetivos específicos, foi constituído o Comitê de Amamentação, com a participação de todos os profissionais de saúde e de membros da sociedade civil como aliados estratégicos. O Comitê realizou diversas reuniões para definir a linha de base e realizar a análise de cenários (pontos fracos, ameaças, pontos fortes e oportunidades, ou SWOT). Em seguida, foi elaborada a norma institucional, de acordo com o contexto sociocultural, e posteriormente definido o plano de trabalho, que incluía cronograma, orçamento, supervisão e avaliação.

Era essencial treinar o pessoal de saúde em tópicos como técnicas de pega precoce, técnicas de amamentação, clampamento tardio do cordão umbilical, mães trabalhadoras e lactação, composição do leite materno e mastite. Além disso, era importante divulgar para a equipe a norma institucional e a aplicação das 11 etapas para garantir o sucesso do aleitamento materno. Durante o processo de capacitação, foi trabalhada a capacitação da equipe e seu comprometimento com a política institucional de incentivo e promoção do aleitamento materno. Posteriormente, a norma e o conteúdo temático foram entregues em meio digital e físico.

Algumas pessoas fizeram contribuições financeiras voluntárias e colaboraram de forma altruísta, o que garantiu a realização de diversas atividades de promoção e incentivo ao aleitamento materno e ajudaram o processo de certificação como Centro de Saúde Amigo da Mãe e da Criança. Esses recursos econômicos também possibilitaram elaborar e padronizar um material didático adequado ao contexto cultural da região para ser utilizado em atividades educativas voltadas para mães e grupos organizados da sociedade civil, aplicando técnicas de dinâmicas participativas. Ressalta-se



que os modelos anatômicos das mamas, mães e bebês foram fabricados artesanalmente por profissionais de saúde.

A sensibilização e o empoderamento das famílias e da sociedade civil para a promoção e proteção de práticas de amamentação bem-sucedidas e o seu apoio foram desenvolvidas durante o processo de atendimento à gestante e acompanhamento da saúde de crianças menores de 2 anos. Em seguida, detectou-se que o tempo disponível para promoção e incentivo ao aleitamento materno nos diferentes serviços era insuficiente devido à grande procura por parte das usuárias do centro de saúde. Conseqüentemente, a mensagem que se pretendia comunicar chegava aos destinatários incompleta ou distorcida. Por isso, decidiu-se implantar e adaptar um ambiente denominado Espaço Amigo da Amamentação. Nesse local, a equipe de saúde ofereceu aulas teóricas e práticas para gestantes e mães com filhos em fase de amamentação.

Entre os aliados estratégicos para atingir os objetivos estiveram diferentes membros da sociedade civil, que participaram das reuniões ampliadas dos conselhos de bairro para informar, sensibilizar e capacitar os participantes sobre a promoção e o incentivo ao aleitamento materno como um benefício para o bebê, a mãe e a família. Durante as reuniões, mulheres dos bairros mais vulneráveis que poderiam atuar como orientadoras foram identificadas e recrutadas para cumprir essa função. As mães orientadoras ajudam a orientar as outras mães, principalmente adolescentes e primigestas, sobre problemas que colocam em risco a amamentação.

A avaliação externa do Centro de Saúde Garcilazo Bajo para certifi-cá-lo como Centro de Saúde Amigo da Mãe e da Criança foi realizada conjuntamente pela Unidade de Nutrição da



SEDES Chuquisaca, o Ministério da Saúde e Esporte e o UNICEF. O processo de avaliação foi baseado em formulários que desenvolveram as 11 etapas para o sucesso da amamentação e incluiu entrevistas com profissionais de saúde e observação das mães na sala de espera. Os programas e conteúdos formativos foram revistos e todos os serviços do centro de saúde foram visitados. Por fim, foi feita uma análise do andamento e das tarefas pendentes.

A comissão de avaliação atribuiu ao Centro de Saúde Garcilazo Bajo a nota de 97,3 pontos de 100, e o Centro recebeu a certificação de Centro de Saúde Amigo da Mãe e da Criança.



Práticas inovadoras em cuidados obstétricos com o programa MATCH

*Susana Ku, Jenna Bly,
Shezeen Suleman, Elizabeth Darling*

CANADÁ

Embara os povos indígenas tenham praticado a obstetrícia por séculos, foi somente em 1994 que as obstetrias foram regulamentadas ou integradas ao sistema de saúde canadense, especificamente na província de Ontário. O modelo original de atenção obstétrica é financiado com fundos públicos da província e segue um modelo de continuidade de atenção liderado pela obstetriz.

As obstetrias de Ontário atuam de forma autônoma para fornecer atenção pré-natal e parto na comunidade. Elas mantêm suas competências dentro e fora do ambiente hospitalar e fornecem atendimento pós-parto precoce em casa. A filosofia da profissão promove o parto normal e fornece cuidado centrado na usuária com forte ênfase na continuidade da atenção, escolha do local do parto e discussão para a tomada de decisões informadas. Nos últimos anos, as obstetrias de Ontário têm buscado outras maneiras de se organizar e clinicar, especialmente com o objetivo de abordar as lacunas nos cuidados de saúde em suas comunidades e usar seus conhecimentos e habilidades de novas maneiras.

Em 2018, o Ministério da Saúde de Ontário lançou uma convocatória de propostas para modelos alternativos de prática. Nos três anos anteriores, uma força-tarefa que incluía obstetrias em hospitais e centros de saúde comunitários vinha trabalhando para desenvolver a visão de um modelo alternativo e integrado de cuidados obstétricos. Esse trabalho culminou no Programa de Obstetrícia e Saúde Comunitária de Toronto (MATCH), uma iniciativa inovadora fundada em Ontário em 2018 para atender às necessidades específicas da comunidade, com o objetivo de atender pessoas com dificuldades significativas de acesso a cuidados perinatais de alta qualidade. A equipe é formada por quatro obstetrias e uma assistente social, localizada na parte leste de Toronto e integrada à programação do South Riverdale Community Health Centre. Todas as profissionais da equipe são colaboradoras do Centro, prestam cuidados de saúde e trabalham em equipe e em colaboração direta com médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, pessoal de saúde especializado em gestão de risco e agentes comunitários de saúde, entre outros.



O objetivo do Programa MATCH é reduzir as lacunas significativas nas necessidades de cuidados e o acesso precário aos cuidados de saúde enfrentado por muitas pessoas. Durante os primeiros seis meses do Programa, as obstetrias se reuniram com representantes dos abrigos da região, enfermeiras que prestam cuidados de saúde nas ruas, enfermeiras de saúde pública, equipes clínicas vizinhas e funcionários dos centros de educação infantil para conduzir uma avaliação das necessidades, examinar os serviços existentes e estabelecer relacionamentos e vias de encaminhamento para os usuários.

O Programa MATCH oferece o modelo original de cuidados obstétricos de Ontário. As obstetrias fornecem serviços de plantão 24 horas durante a gravidez e nas primeiras seis semanas após o parto, participam do trabalho de parto nos hospitais ou nas casas das clientes e realizam visitas pós-parto em casa ou no abrigo, até duas semanas depois, além de oferecer cuidados contínuos aos pais e recém-nascidos até seis semanas pós-parto. O programa oferece cuidados de referência pós-parto, aconselhamento sobre opções de gravidez, aborto medicamentoso até 11 semanas de gestação, gestão precoce da perda fetal com mifepristona e misoprostol (Mifegymiso) e encaminhamento de casos para interrupções tardias da gravidez ou abortos cirúrgicos. Juntamente com o restante da equipe de atenção primária, as obstetrias têm acesso a um psiquiatra assistente durante as reuniões semanais para discutir casos complexos que envolvam problemas de saúde mental.

As usuárias têm acesso a vacinas que exigem receita médica. Por meio da prática colaborativa com médicos e enfermeiras de prática avançada, as obstetrias podem facilmente solicitar exames laboratoriais que muitas vezes são necessários durante o cuidado perinatal, mas que não estão incluídos na lista de exames que estão habilitadas a solicitar (como eletroforese de hemoglobina, exame de hemoglobina glicada ou HbA1C, TSH e vitamina B12), e acessar outras prescrições comuns que não estão incluídas na farmacoterapia da obstetrícia. A equipe também recebe encaminhamentos de outras obstetrias para oferecer acesso gratuito às vacinas a clientes sem seguro-saúde provincial ou sem acesso a cuidados primários. Todas as pacientes

Durante a pandemia, quando grande parte da equipe de saúde interrompeu os serviços presenciais, a equipe continuou a prestar atendimento a clientes carentes. Forneceram telefone às clientes que não os possuíam para garantir o acesso ao atendimento, continuaram a frequentar o sistema de acolhimento da cidade e até prestaram atendimento presencial no "hotel COVID" da cidade (abrigo de emergência para pessoas em situação de rua que testaram positivo para COVID-19) para várias usuárias infectadas e seus bebês.



são encaminhadas aos serviços de atenção primária antes da alta dos cuidados de obstetrícia, seis semanas após o parto. Todos os bebês têm acesso às vacinas de rotina, e os pais à contracepção.

O Programa MATCH oferece atendimento a pessoas que enfrentam barreiras no acesso à assistência perinatal de qualidade. Da lista atual de clientes, 83% são indígenas ou afrodescendentes, 44% não têm seguro-saúde provincial, 80% vivem com baixa renda e 65% não têm endereço fixo. Durante a avaliação inicial de necessidades realizada pelas obstetrias, elas descobriram que as gestantes que usam drogas muitas vezes não têm acesso ao pré-natal, mas sim aos serviços de uso seguro. A equipe do Projeto imediatamente estabeleceu relacionamento com essas mulheres para abordar o uso de substâncias durante a gravidez e trabalhou para aumentar as habilidades e conhecimentos nessa área. As obstetrias atendem as clientes para prestar cuidados pré-natais, mas também têm acesso a uma enfermeira de prática avançada especializada em tratamento de dependência e abstinência e à equipe médica especializada em dependência do hospital. Elas também coordenam o atendimento com uma equipe multidisciplinar do hospital que inclui profissionais de obstetrícia, enfermagem, farmácia e anestesia.

A assistente social presta seu apoio aos clientes em inglês ou espanhol. Ajuda-os com gestão de casos, habitação, intervenção em crise, aconselhamento individual, acesso a serviços sociais e outros recursos da comunidade e compra de tudo o que é necessário para a gravidez e a puericultura. A equipe também pode fornecer terminais telefônicos ou cartões SIM para pessoas sem telefone. As obstetrias da equipe falam cantonês, francês, gujarate e kachchi e podem providenciar um intérprete para qualquer outro idioma. Todos os serviços são gratuitos para pessoas que vivem em Ontário.

Durante a pandemia, quando grande parte da equipe de saúde interrompeu os serviços presenciais, a equipe continuou a prestar cuidados às clientes carentes. Ofereceram telefones às suas clientes que não os possuíam para garantir o acesso ao atendimento, continuaram a frequentar o sistema de acolhimento da cidade e até prestaram atendimento presencial no “hotel COVID” da cidade (abrigo de emergência para pessoas sem-teto e sem-abrigo que testaram positivo para COVID-19) para várias usuárias infectadas e seus bebês.

Recentemente, obstetrias foram treinadas para realizar exames de ultrassom durante os primeiros estágios da gravidez. Especificamente, seu plano é agilizar o processo de atenção ao aborto, oferecendo exames de ultrassom no ponto de atendimento, em sua consulta clínica.

Nos dois anos e meio desde o lançamento do Programa MATCH, a equipe continuou a construir uma relação de apoio e comprometimento com a equipe de liderança e estabeleceu fortes relacionamentos com o departamento de obstetrícia do hospital. O modelo de empregado assalariado também permite que as obstetrias da equipe priorizem mudanças



no sistema, liderança e trabalho de defesa, e participem de uma variedade de mesas de liderança dedicadas à defesa de pessoas sem seguro ou sem-teto, com temas como acesso ao aborto, igualdade racial, inclusão da comunidade lésbica, gay, bissexual, transgênero e intersexo, obstetrícia, prevenção e controle de infecções e garantia de qualidade, apenas para citar alguns.



Cuidando da gestante, filhos e familiares

Nada Natasha Nurse

GUIANA

Pessoas de diversas origens religiosas, como cristãos, muçulmanos e hindus, vivem na área de Plaisance. Os de origem indiana acreditam que, quando a mulher está em trabalho de parto, deve soltar os cabelos e o bebê nascerá mais rápido. Eles também acreditam que se a cabeça do bebê não for raspada, isso trará azar, e que se a mulher trouxer ao mundo três filhos do mesmo sexo e tiver um quarto filho do sexo oposto, isso trará boa sorte e riqueza para a família.

As pessoas de origem africana acreditam que, se uma mãe perder seu filho, ela não deve ir ao cemitério, ou o resto de seus bebês também morrerá. Se alguém da família morre, todas as crianças pequenas da casa devem passar de um lado do caixão para o outro três vezes. Chamam a isso de “ir por cima dos mortos” e o fazem para evitar que os mortos procurem os pequeninos durante a noite.

Pessoas de origem indiana e africana acreditam que uma mulher grávida não deve comer do pote de pimenta porque o bebê pode nascer queimado, principalmente nos olhos. Para evitar o mau-olhado (isto é, para evitar que o bebê adoça), uma pinta preta é colocada no meio de sua testa, que eles chamam de tika.

Nos cuidados pré-concepcionais, é importante garantir que tanto os homens quanto as mulheres atendam às necessidades físicas, emocionais, econômicas, sociais e espirituais de ter e cuidar dos filhos. Respeitar a cultura é uma questão importante. Portanto, o aconselhamento e a promoção do cuidado pré-concepção fornecem às mulheres e seus parceiros informações importantes e necessárias para tomar decisões informadas sobre seu futuro reprodutivo.

Em 2017, foi criada uma Clínica de Saúde e Bem-Estar para adolescentes e um grupo de apoio comunitário para adolescentes, homens e mulheres dessa mesma comunidade. Sessões educativas de uma hora são realizadas na clínica uma

Se uma mulher chega à Clínica porque pensa que está em trabalho de parto a termo, ela é avaliada. Se for comprovado que ela está em fase inicial de trabalho de parto, é encaminhada à maternidade acompanhada por um familiar.



vez por mês. Elas se concentram nas relações amigáveis entre os jovens, suas atividades no desenvolvimento pessoal, diminuindo a mortalidade e a morbidade nessa faixa etária, reduzindo a gravidez na adolescência e aumentando o planejamento familiar. Além disso, procura-se aumentar a participação dos pais no cuidado dos filhos e no apoio às mães. Os serviços de referência são realizados quando surge a necessidade.

É um programa frutífero. Os resultados mostram que é benéfico para indivíduos, famílias e comunidade, mas que precisa de mais apoio para se manter atualizado. Os homens recebem educação e são reinseridos na educação continuada, sem serem discriminados por serem pais adolescentes, após terem um filho na adolescência.

As mulheres grávidas procuram a clínica para obter cuidados de saúde. Elas são recebidas, registradas e orientadas sobre os procedimentos clínicos. Elas podem permanecer na clínica ou ser encaminhadas para o nível de atenção superior, se necessário.

As mães são aconselhadas a cuidar de si mesmas e do feto, e é fornecida educação aos pais. O foco está no monitoramento do crescimento e desenvolvimento do feto e na identificação de anormalidades que podem interromper o curso normal do trabalho de parto.

As mulheres também são orientadas sobre a importância de comparecer às consultas clínicas. Ao se cadastrarem, as mães recebem um código que permite o registro de cada gravidez assim que utilizam o serviço público de saúde. A gestante é examinada para verificar se há risco de complicações. É realizada uma anamnese inicial e várias medições (altura, peso, pressão arterial, pulso, testes basais de glicose e proteínas na urina) são registrados em cada visita de acompanhamento.

Na primeira visita, a futura mãe é examinada da cabeça aos pés. O abdome é palpado e a altura uterina é avaliada para comparar as diferentes idades gestacionais; e a posição e apresentação fetal, se a gravidez for na meia-idade, bem como os batimentos cardíacos fetais. Os técnicos de laboratório também fazem exames de rotina, incluindo testes de hemoglobina para avaliar anemia, testes de HIV e sífilis e determinação de grupo sanguíneo e fator de RH. É feito um esfregaço de sangue para detectar malária se a mãe vier do interior do país, e os pais e casais são convidados a fazer exames de HIV, grupo sanguíneo e fator RH.

Se uma mulher vai ao centro de saúde porque pensa que está em trabalho de parto a termo, ela é avaliada. Se for comprovado que ela está em fase inicial de trabalho de parto, é encaminhada à maternidade acompanhada por um familiar. O acompanhamento é feito por meio de ligações e visitas domiciliares. Todas as mulheres com uma condição prévia de alto risco e complicações que aparecem durante a gravidez devem ser tratadas no consultório obstétrico. Alguns exemplos são cesárea anterior, miomectomia, abortos espontâneos ou parto prematuro, hipertensão induzida pela gravidez, natimorto, morte neonatal, bebês com baixo peso ao nascer ou anomalias congênitas, laceração cervical anterior, lacerações perineais de terceiro grau anteriores ou mães HIV-positivas, entre outras situações.



As visitas domiciliares pós-natal acontecem depois que as mães recebem alta. Elas são convidadas a visitar a clínica com o bebê no prazo de 28 dias após o parto e são avaliadas e observadas. Na mãe procuram-se secreções, lóquios, mamas ingurgitadas, involução do útero, dor nas pernas e, no caso de cesariana, avalia-se o sítio cirúrgico. Elas são estimuladas a amamentar exclusivamente seus bebês e são destacados os grandes benefícios para o bebê, mãe e família.

Aconselhamento dietético e nutricional é fornecido para prevenir a anemia. As clientes são incentivadas a realizar exercícios pós-natal para tonificar o abdômen e exercícios de Kegel para tonificar os músculos do assoalho pélvico e do períneo. Dicas para cuidar do períneo são fornecidas se a mãe foi submetida a uma episiotomia ou se ela teve uma laceração perineal durante o parto. Também se oferecem orientações sobre planejamento familiar (espaçar os partos), explicam-se quais cuidados de que o recém-nascido precisa e apresenta-se o calendário vacinal, entre outros tópicos.

O bebê é cadastrado na clínica e examinado da cabeça aos pés em busca de possíveis anormalidades e para avaliar reflexos e a saúde do coto umbilical. Qualquer alteração detectada na mãe na consulta pós-natal ou no bebê no momento do cadastro é encaminhada ao médico responsável pelo ambulatório para posterior manejo. A mãe é incentivada a comparecer a todas as consultas clínicas e manter o bebê vacinado.





Clínicas de saúde materno-infantil e atendimento a pacientes crônicos

Duan Lewis-Garnett

GUIANA

Comecei minha jornada como parteira em abril de 2011. Em janeiro de 2013, os primeiros anos de trabalho no Centro de Saúde de Buxton foram muito difíceis. Friendship, a comunidade geminada com Buxton, estava sofrendo com anos de violência. Os moradores de Friendship pediam para serem atendidos em postos de saúde vizinhos como o nosso, porque, naquele período turbulento, eles tinham medo de ir às clínicas de sua área. Minha tarefa e do restante da equipe de enfermagem era convencê-los a virem ao nosso posto de saúde. A maioria dos pacientes ficou satisfeita com o atendimento que prestamos, tanto que encorajaram outros residentes de Buxton e de muitas outras aldeias a usarem os nossos serviços.

O Centro de Saúde de Buxton atende principalmente às necessidades de saúde dos residentes da área. Mas suas portas estão abertas a qualquer pessoa, independentemente de sua área de origem, etnia, orientação sexual, profissão ou crença religiosa. A população-alvo é de cerca de 6.635 pacientes, aos quais oferecemos diversos serviços. Atualmente contamos com farmácia, atendimento odontológico, coleta de sangue e ultrassom. Eu participo de todos os outros aspectos do atendimento no Centro de Saúde. Às vezes, atendo pacientes na clínica de doenças crônicas e também passo dias tratando nossos pacientes ambulatoriais com pés diabéticos.

Quanto ao pré-natal, um dia típico no Centro começa com a anotação dos prontuários do dia anterior. Passo a maior parte do dia em clínicas de saúde materno-infantil, onde são abordados os quatro pilares da maternidade segura (planejamento familiar, cuidado pré-natal, parto limpo e seguro, sistema integrado de cuidados obstétricos essenciais) e o crescimento

A maioria dos pacientes ficou satisfeita com o atendimento que prestamos, tanto que encorajaram outros residentes de Buxton e de muitas outras aldeias a usarem os nossos serviços.



e o desenvolvimento são monitorados. O serviço de ultrassom é facilmente acessível. Assim, pode-se estimar a idade gestacional da gestante e fazer diagnósticos claros, entre outros aspectos de qualquer exame ultrassonográfico de controle. Também faço o que for preciso para obter todas as amostras de sangue de mulheres grávidas no mesmo dia da consulta.

As mães são aconselhadas a usar roupas confortáveis, pois frequentemente participam das aulas do método Lamaze para parto natural. Além disso, é costume aconselhá-las sobre a autoaceitação do corpo da gestante, modificação da dieta alimentar, benefícios da amamentação, planejamento familiar, doenças mentais na gravidez e no pós-parto e sinais de trabalho de parto, entre outros. As mulheres e seus parceiros também são incentivados a buscar aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva.

As mães adolescentes recebem atenção especial por meio do Grupo de Apoio à Adolescente, que se reúne toda terceira quarta-feira do mês. Além de discutir questões gerais relacionadas à gravidez, as participantes são incentivadas a discutir suas dificuldades como mães adolescentes e a pensar em soluções para superá-las.

Minha vida como enfermeira e parteira não se limita ao prédio do Centro de Saúde. Também trabalho na comunidade, onde obtenho informações em primeira mão sobre as condições de vida dos meus pacientes. Isso me permite entender por que alguns bebês sempre têm infecção de pele ou por que há mães com valores anêmicos recorrentes. Me sinto motivada a continuar trabalhando intensamente quando entro com entusiasmo nas escolas para falar com pais e professores durante conferências e reuniões de pais e mestres. Aproveito esses momentos para envolver todos os participantes nos diferentes aspectos da saúde. Falo sobre a importância da detecção do câncer, da vacinação e até da desparasitação. Como sou muito convincente, também fui convidada para realizar campanhas de vacinação e desparasitação nessas escolas. Também distribuimos preservativos regularmente, e com mais frequência pouco antes das férias.

Uma das experiências de que me lembro em meu trabalho como enfermeira e parteira é ajudar uma mulher a dar à luz no banco de trás de um carro. Eu também atuei como oficial de ligação para uma organização não governamental que queria trabalhar com adolescentes e meninas em nossa área de influência. Foi uma experiência gratificante ver essas jovens adquirirem os conhecimentos necessários sobre vacinas contra o papilomavírus humano (HPV), autoconsciência e estabilidade financeira.



Fortalecimento do primeiro nível de atenção com foco na comunidade

Veyra Beckford Brown

PANAMÁ

O Hospital Regional Dr. Raúl Dávila Mena se encontra em Changuinola, na província de Bocas del Toro. É um hospital de segundo nível de atenção e quinto nível de complexidade, sendo o único hospital de referência da província, onde chegam todos os casos encaminhados a nível provincial. Para acessar a província por via terrestre, é necessário viajar 626 quilômetros da Cidade do Panamá ou 186 quilômetros da província mais próxima. Não existem vias de acesso terrestre da província ao único hospital regional de referência e por isso as transferências devem ser feitas por via aérea ou marítima, o que dificulta a sua realização em tempo hábil.

A Controladoria Geral da República do Panamá informou uma taxa nacional de mortalidade materna de 39 e 36 por 100.000 nascidos vivos para 2015 e 2016, respectivamente. Na província de Bocas del Toro, foi de 52 e 76 por 100.000 nascidos vivos nos mesmos anos, respectivamente. As mortes perinatais em todo o país foram de 7,2 e 7,7 por 1.000 nascidos vivos, e na província de Bocas del Toro, de 10,5 e 13,2 por 1.000 nascidos vivos, nos mesmos anos. Os números estatísticos da província de Bocas del Toro destacam-se por um aumento considerável e evidente que supera os números do país.

Para o fortalecimento do primeiro nível de atenção com abordagem comunitária, foram realizados os diagnósticos comunitários apresentados na tabela 1, em resposta à realidade da população materno-perinatal a partir da participação comunitária.

Para alcançar o fortalecimento do primeiro nível de atenção a partir do enfoque comunitário, foram realizados diagnósticos comunitários em resposta à realidade da população materno-perinatal a partir da participação comunitária.



Quadro 1. Diagnósticos comunitários participativos das populações em idade reprodutiva de cinco zonas geográficas da província de Bocas del Toro

Zona geográfica	Diagnóstico comunitário	Plano de ação	População alvo
Distrito de Chiriquí Grande	Início precoce da vida sexual Multiparidade	Formação de uma equipe de educadores pares e promotores de saúde	13 adolescentes do Ensino Médio de Chiriquí Grande, moradoras da comunidade de Chiriquí Grande.
Município de Almirante	Gravidez na adolescência	Formação de uma equipe de educadores pares	10 adolescentes do Ensino Médio de Almirante, moradoras da comunidade de Almirante.
Distrito de Changuinola	Não comparecimento ao teste de Papanicolau	Formação de equipe de promotores de saúde	12 adolescentes do Ensino Médio de Finca #02, moradoras da comunidade de Finca #02.
Corregimientos de Guabito	Adolescentes com HIV	Formação de uma equipe de educadores pares	14 adolescentes do colégio secundário de Guabito, residentes na comunidade de Guabito.
Municípios de Las Tablas	Gravidez na adolescência	Formação de uma equipe de educadores pares	10 adolescentes do Colégio de Nievecita, moradoras da comunidade de las Tablas.

Os resultados dos diagnósticos comunitários correspondem às necessidades expressas dos membros dessas comunidades. Essa prática busca a articulação entre os determinantes sociais da saúde, a segurança humana e a renovação da atenção primária à saúde na perspectiva da participação comunitária para que a sociedade, nas comunidades intervencionadas, alcance a satisfação das necessidades correspondentes à sua população materno-perinatal.

Cada um dos diagnósticos comunitários objetivou cumprir os direitos individuais e coletivos da comunidade por meio da participação de seus membros. Expressaram os principais problemas de saúde que enfrentam, o que lhes permitiu determinar as iniquidades, desigualdades e determinantes sociais que enfrentam e que afetam negativamente a sua saúde.



Uma vez que cada um dos planos de ação foi estabelecido para responder aos diagnósticos da comunidade, várias diferenças puderam ser reconhecidas. Estas foram especificadas na necessidade de uma abordagem intercultural da saúde, a partir de um patamar de igualdade e respeito mútuo, cujas competências facilitassem a organização comunitária para a execução das ações de intervenção realizadas, de acordo com o seguimento das estratégias de abordagem e dos resultados do diagnóstico.

Quanto aos indicadores de sucesso da avaliação, constatou-se 100% da elaboração dos diagnósticos da comunidade e 100% da execução dos planos de ação, correspondendo à formação de três grupos de educadores pares através da integração de quatro temas: 1) gravidez na adolescência; 2) HIV em adolescentes; 3) início da vida sexual precoce e multiparidade e 4) não comparecimento ao exame de Papanicolau.





Maternidade humanizada e assistência ao parto

Mercedes Pérez

URUGUAI

O Programa de Educação Materno-Infantil foi desenvolvido em uma maternidade privada de Montevideu entre 1979 e 2008, dirigido por uma equipe de enfermagem. O perfil mais numeroso de usuários desta instituição é o de profissionais de saúde (especialmente medicina), com escolaridade majoritariamente de nível superior. O número de adolescentes grávidas ficou abaixo da média nacional, sendo em grande parte oriundas das classes média e média alta. Durante essa experiência, foram desenvolvidas atividades próprias da profissão: gestão do cuidado, ensino à população usuária e profissionais envolvidos no cuidado ao recém-nascido e seus familiares, detecção precoce de complicações, identificação de problemas de crescimento, identificação de riscos ambientais no contexto familiar desconhecidos das equipes hospitalares, melhora nos horários do aleitamento materno exclusivo.

A área de educação para gestantes e familiares teve início em 1985, com um curso que inicialmente era voltado para a preparação para o parto. Mas, diante das avaliações e das necessidades identificadas durante o seu desenvolvimento, optou-se por implantar um curso coordenado pela equipe de enfermagem que incluísse atividades nas quais participassem diversos membros da equipe de saúde institucional, que aceitavam ou sugeriam uma atividade de integração para a família. Essas atividades também foram credenciadas pelas normas ISO 9000-2000.

O programa foi desenvolvido em 10 atendimentos presenciais, nos quais a gestante compareceu com um acompanhante, preferencialmente o companheiro ou quem estivesse com ela durante o parto. Em cada uma das instâncias, exercícios de relaxamento, respiração e alongamento foram realizados para favorecer as condições de trabalho de parto e corporais das usuárias, com o apoio e orientação de seus companheiros, que estariam com eles na hora do trabalho de parto. Esses exercícios foram realizados por enfermeiras obstetras e fisioterapeutas.



As atividades foram coordenadas com profissionais que definiram os conteúdos, a metodologia de trabalho com as usuárias e o tempo necessário para execução. Por outro lado, os profissionais que participaram eram:

1. Obstetizes, para aconselhamento sobre trabalho de parto e o parto em si.
2. Enfermeiras, para as oficinas de cuidados ao recém-nascido, lactação, cuidados na gestação e no puerpério.
3. Auxiliar de saúde bucal.
4. Equipe de gerontologia, para uma atividade sobre laços intergeracionais, papéis dos avós, cuidados com o recém-nascido e alguns aspectos dos cuidados com a saúde em geral.
5. Pediatras e ginecologistas, para responder aos questionamentos levantados e reforçar conceitos sobre parto natural, amamentação e a importância das consultas de pré-natal durante a gravidez e puerpério e os cuidados com o recém-nascido.

As atividades foram realizadas por meio de dinâmicas de grupo participativas para promover trocas entre as gestantes e seus companheiros ou familiares, com base nos conhecimentos e mitos com que chegaram. A partir daí, foram oferecidas informações baseadas em evidências científicas, promovendo uma análise crítica das informações por elas acessadas, por serem confusas ou não se adequarem à situação individual.

O autocuidado e o fortalecimento da autoestima foram promovidos para o desempenho nos novos papéis familiares a serem assumidos.

Um dos momentos importantes dessa atividade educativa foi a visita à área de internação da maternidade, com o objetivo de conhecer o espaço onde estariam, as equipes de internação e a sala de parto e fazer as consultas necessárias, para eliminar medos infundados e para que se sentissem mais familiarizadas e confortáveis. Durante as visitas, houve troca de conceitos com pacientes que se encontravam em diferentes fases da internação, principalmente com puérperas e seus familiares.

Os registros das atividades eram mantidos permanentemente no Epi Info, um conjunto de ferramentas computacionais para pesquisadores. Isso permitiu manter estatísticas das atividades, do número de usuários e do seu perfil, avaliando os resultados e algumas tentativas de medir o impacto das atividades.

Às enfermeiras coube o desenvolvimento de um programa autônomo da disciplina articulado com outros profissionais, gerando grande força na área de desenvolvimento autônomo da profissão.



A equipe de enfermagem teve papel fundamental no acompanhamento das atividades da equipe interprofissional e na organização e acompanhamento das atividades. Ela garantiu a continuidade de cada atividade durante as cinco semanas de seu desenvolvimento, bem como de todas as trocas com os usuários e seus familiares em cada uma das atividades.

As avaliações realizadas mostraram que as atividades foram muito gratificantes para os usuários e geraram vínculos com o serviço de saúde e a equipe que superaram as expectativas iniciais.

A equipe envolvida se sentiu muito motivada e fez propostas constantes para o aprimoramento das atividades. A iniciativa foi muito valorizada pelas autoridades institucionais e mereceu vários reconhecimentos de diferentes áreas.



PARTE II

Iniciativas de profissionais de enfermagem e obstetrícia em comunidades remotas e populações em situação vulnerável





Cuidado materno e neonatal em uma comunidade remota

Catarina Maldonado Sajbin

GUATEMALA

No momento em que ocorreu este caso, na comunidade Baldío Vergel, na Zona Reyna Uspantán Quiché, era necessário caminhar seis horas para chegar à estrada, contando com uma estrada de difícil acesso que só era usada em caso de emergências e uma pista de pouso que um avião poderia usar se não estivesse nublado.

A população é falante de kekchí e seu nível acadêmico é baixo. Essa comunidade é formada por 670 habitantes e apenas 18% dos homens adultos sabem ler. Há uma escola que possui uma sala de aula de madeira onde são ministradas aulas de várias séries. A comunidade carece de água potável e eletricidade, exceto para os mais afortunados, que possuem um painel solar que energiza os secadores de cardamomo. O sinal de telefone ainda não é muito bom, embora agora existam mais famílias com este serviço. A população se abastece de água em outra comunidade que fica a 25 minutos de distância. A comunidade é totalmente agrícola, e o plantio e a colheita do cardamomo são sua única fonte de renda.

O Ministério de Saúde Pública e Assistência Social realiza treinamento em atenção materna e neonatal para o pessoal de enfermagem que trabalha em serviços de atenção primária à saúde. Tem como base as Normas de Atenção à Saúde, nas quais se promove o recrutamento de gestantes antes das 12 semanas de gestação, por meio de vigilância com o apoio de obstetrias tradicionais treinadas e atuantes e dos atendimentos que o profissional de Enfermagem oferece na área de trabalho mês a mês, muitas vezes com o apoio de uma auxiliar de enfermagem.

A paciente e o recém-nascido foram salvos de uma situação de risco em uma comunidade remota graças à ajuda da família, que reconheceu a tempo os sinais de perigo, e à ambulância, que estava disponível para prestar o serviço, estava em boas condições e dirigiu-se o mais rápido possível ao local da emergência.



Quando as gestantes não podem ir ao serviço de saúde, são realizadas visitas domiciliares para evitar riscos obstétricos. Elas fazem o pré-natal mensalmente acompanhadas pela parteira, que fará o parto em casa. Essas ações contribuem para a redução da mortalidade materna e neonatal. Também como regra, e tendo em conta que são comunidades abandonadas e inacessíveis, os profissionais de saúde oferecem serviços de saúde de comunidade em comunidade, mês a mês, para que toda a população tenha acesso aos cuidados de saúde.

Da comunidade de Baldío Vergel, apresento o caso da Sra. R.Q., 28 anos, múltipara, que fazia exames de pré-natal no posto de saúde Vergel Chimal desde a 20ª semana de gestação, onde eram realizados seus exames habituais e ao menos um ultrassom. Seu parto foi complicado, pois, quando as contrações começaram, ela começou a perder líquido (que correspondia a um sangramento vaginal).

Percebendo as complicações, a família a levou ao posto de saúde, que fica a meia hora de caminhada. Foi identificada placenta prévia, com trabalho de parto ativo, em um dia chuvoso no qual não havia soro intravenoso disponível no serviço. Para iniciar o tratamento, a paciente foi colocada em posição ginecológica com os membros inferiores elevados. Naquela época, havia comunicação por rádio e foi acionada a comissão de saúde. Foi chamada uma ambulância, que demorou três horas para chegar. Nesse ínterim, foi administrada à paciente uma solução de reidratação oral, por ser a única disponível naquele momento. A transferência da paciente foi iniciada em maca confeccionada com prancha na chegada da ambulância. A mulher foi entregue em estado estável à equipe da ambulância e foi imediatamente transferida para o Hospital Nacional de San Miguel Uspantán.

A paciente teve parto normal na chegada ao hospital. Recebeu os cuidados necessários, e ela e o recém-nascido foram salvos de uma situação de risco em uma comunidade remota graças à ajuda da família, que reconheceu a tempo os sinais de perigo, e à ambulância, que estava disponível para prestar o serviço, estava em boas condições e dirigiu-se o mais rápido possível ao local da emergência. Portanto, o trabalho da organização comunitária continua salvando a vida de mães e recém-nascidos, em tempo hábil.



Parto respeitoso atendido por profissionais da obstetrícia em casos de mulheres em situação de violência

Ameyalli Aide Juárez Orea

MÉXICO

A população atendida na Casa Materna é formada por mulheres em idade reprodutiva e grávidas que migram para Chiapas para trabalhar na agricultura e na colheita de café, e outras que vivem na Serra Madre de Chiapas, no mesmo estado. Geralmente são locais de difícil acesso, que também não possuem unidades de saúde próximas à sua comunidade. As vias de comunicação são caminhos ou estradas acidentados, de difícil acesso e trânsito, sujeitos a mudanças climáticas extremas.

A Casa Materna possui uma equipe de supervisão composta por duas enfermeiras obstetras, uma enfermeira perinatal e uma equipe de 10 estagiárias de enfermagem e obstetrícia. Elas são treinadas para fornecer cuidados focados em obstetrícia profissional. A supervisão clínica dá suporte durante o processo de avaliação da gestante, do parto, do puerpério e dos cuidados com o recém-nascido. Também são oferecidas sessões clínicas mensais sobre questões obstétricas, organizadas e coordenadas com a equipe de saúde para um atendimento de qualidade.

Algumas das mulheres que recebem cuidados maternos vivem em um ambiente de violência, que pode ser física, psicológica, econômica e estrutural. Em sua maioria são analfabetas ou possuem apenas o ensino fundamental, e não conhecem seus direitos.

O modelo de atenção ao parto respeitoso, realizado pelas profissionais da obstetrícia da Casa Materna, busca atender as mulheres por meio da triagem obstétrica, conforme estejam em trabalho de parto ou apresentem alguma patologia. Em seguida, passam para a avaliação obstétrica e, se necessário, é feita uma ultrassonografia obstétrica. O aspecto psicológico

Observa-se que os homens que acompanham o parto com a esposa são mais receptivos a um método de planejamento familiar e valorizam mais a maternidade e a esposa.



também é avaliado e, caso a paciente seja candidata a uma avaliação de saúde mental, ela é indicada e colocada em contato com a equipe para acompanhamento.

No aspecto social, avalia-se se a paciente tem apoio emocional e do companheiro, se vive situação de violência ou instabilidade alimentar; se necessário, é amparada com donativos ou vale-alimentação para ajudá-la a se alimentar durante o parto. Um dos objetivos da Casa Materna é que as mulheres aguardem o parto lá para ter certeza de que receberão atendimento médico, de que o atendimento será feito de modo oportuno em caso de alguma complicação durante a gravidez ou parto, ou ainda caso necessitem de atenção secundária, disponível a cerca de duas horas de distância. A futura mãe recebe vales combustível e material para que possa receber cuidados que não poderiam ser pagos sem esses apoios. A gravidez é avaliada e, se for de baixo risco, é atendida na Casa Materna.

A paciente é questionada sobre como deseja o parto: na mesa obstétrica, em quatro apoios, deitada ou em posição médica; e se deseja ser acompanhada durante o trabalho de parto e o parto. A forma de trabalhar é explicada, pois muitas das mulheres atendidas entram em contato com o sistema de saúde pela primeira vez ou tiveram experiências médicas ruins e perderam a confiança nos profissionais de saúde.

À mulher é permitida a deambulação, a ingestão de alimentos e líquidos sem restrições, lembrando a importância de manter o corpo energizado, para que o trabalho de parto progrida adequadamente. Explica-se como os partos são atendidos e as práticas para preservar a vida do binômio mãe-filho, como o contato pele a pele imediato, para proteger o vínculo materno, e que o cordão umbilical não será cortado imediatamente se o bebê nascer saudável. A importância de administrar ocitocina para prevenir sangramento é explicada, e que ela será administrada por via intramuscular.

Busca-se preservar o vínculo afetivo-familiar. Observa-se que os homens que acompanham a esposa no parto são mais receptivos a aceitar um método de planejamento familiar e valorizam mais a maternidade e a esposa. No contexto social em que vive a comunidade, existem crenças e tabus sobre a adoção de um método de planejamento familiar. Os casais são aconselhados e as suas dúvidas sanadas, adaptando o aconselhamento às suas crenças e costumes.

Após o parto a amamentação continua, com oferta de aconselhamento com materiais didáticos, como uma boneca tecida à mão que representa uma mãe amamentando. As técnicas de amamentação são promovidas e um travesseiro de amamentação está disponível para uso na primeira hora após o parto. Outras atividades são organizadas para a comunidade, como ir ao rádio e dar palestras sobre cuidados antes, durante e depois da gravidez.

O modelo de parto respeitoso oferecido na Casa Materna faz com que mais mulheres procurem atendimento. São recrutadas aquelas que não realizaram acompanhamento pré-natal e que apresentam fatores de risco ou patologias que colocam em risco a vida. Trabalha-se em conjunto com as obstetrias profissionais, que realizam a primeira avaliação. Se a



paciente apresentar algum fator de risco ou patologia, ela é encaminhada ao clínico geral e é feita consulta com o ginecologista.

O Clube de Gestantes realiza uma sessão por mês, trabalhando em conjunto com o centro de saúde local. As mulheres recebem tópicos de interesse obstétrico e preparação para o trabalho de parto e o parto. Nas sessões de psicoprofilaxia, são utilizados exercícios com bola inflável, aromaterapia, compressas frias, calor, uso do xale e posições de alongamento.

Para dar continuidade e acompanhamento às mulheres das comunidades que realizam a vigilância pré-natal nas clínicas Compañeros En Salud, é enviado um relatório via WhatsApp para informar que foram à Casa Materna, a gestão e o plano que está sendo oferecido. Após o parto, uma nova mensagem é enviada para relatar os achados e dados relevantes obtidos durante o parto, bem como sobre o recém-nascido.



PARTE III

Iniciativas educativas para
profissionais e usuários dos
serviços de saúde



Colaboração da universidade com as unidades de saúde para promoção do aleitamento materno

Juliana Cristina dos Santos Monteiro, Carolina Maria de Sá Guimarães, Lillian Donizete Pimenta Nogueira, Márcia Cristina Guerreiro dos Reis, Flávia Azevedo Gomes

BRASIL

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) é uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que teve início em 2012, visando a capacitar profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e a divulgar e promover o aleitamento materno e a alimentação saudável em crianças menores de dois anos de idade. O foco da EAAB é transformar as práticas profissionais e reorganizar o processo de trabalho, pactuando ações viáveis para cada contexto, a fim de aprimorar a prática do aleitamento materno e da alimentação saudável.

É um projeto inovador porque as ações não são impostas verticalmente. São propostas e implementadas especificamente em cada unidade de saúde, para considerar as demandas das nutrizes e seus filhos e para avaliar as características dos profissionais de saúde que atuam nessas unidades.

Na prefeitura municipal de Ribeirão Preto, o Programa de Aleitamento Materno (PALMA) da Secretaria Municipal de Saúde treinou gradativamente os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) desde 2013 para atuar de acordo com as propostas da EAAB. Atualmente, as 42 UBS do município fazem parte da EAAB e os tutores são responsáveis pelo acompanhamento das ações dos profissionais de saúde.

Em cada unidade, os grupos educativos foram escolhidos como a forma mais eficaz de transmitir informações e educar sobre saúde. Por meio dos grupos, as mulheres usuárias dos serviços de saúde têm liberdade para expressar suas dúvidas, anseios e mitos sobre a amamentação, o que favorece a intervenção precoce e imediata. No que se refere ao apoio à amamentação, os grupos de apoio são os mais utilizados como ações pactuadas pela EAAB. Eles são ferramentas eficazes para o sucesso da amamentação e prevenção do desmame precoce, pois ajudam as mulheres a desenvolver e manter sua confiança na amamentação.



Os objetivos do projeto foram promover a identificação de potencialidades e dificuldades na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável na UBS; promover a implantação, avaliação e monitoramento das ações da EAAB e contribuir para a melhoria dos índices de aleitamento materno no município de Ribeirão Preto.

O projeto utilizou métodos ativos para promover as competências dos profissionais de enfermagem, como a busca contínua de evidências científicas e técnicas, maior criatividade e motivação, bem como o aprimoramento das habilidades de comunicação e colaboração entre profissionais de saúde e mulheres que amamentam. A enfermeiras tiveram papel fundamental no desenvolvimento das atividades e no cuidado clínico por meio da consulta de enfermagem durante o pré-natal e puerpério, principalmente no manejo clínico da amamentação, identificando complicações precoces e atuando na prevenção do desmame precoce. O PALMA, em conjunto com o Núcleo de Aleitamento Materno da Escola de

Os objetivos do projeto foram promover a identificação de potencialidades e dificuldades na promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS; promover implantação, avaliação e monitoramento das ações da EAAB e contribuir para a melhoria dos índices de aleitamento materno no município de Ribeirão Preto.

Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (NALMA), organiza oficinas sobre o manejo clínico da amamentação e sobre a coordenação das ações de amamentação na UBS, a fim de favorecer e promover a formação de equipes, estimulando a participação de todos os profissionais de saúde nas atividades.

Em Ribeirão Preto, as taxas de aleitamento materno têm aumentado ao longo dos anos. Em 2011, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses era de 11,4%. Em 2017, esse índice era de 59,96% e em 2018, 54,66%, acima do índice brasileiro, que se mantinha em 37% e está estagnado desde 2013. No município, 41 tutores foram capacitados para acompanhar as ações de pro-amamentação nas UBS. Além disso, pensando na continuidade das ações pactuadas para além dos serviços de saúde, o PALMA estabeleceu novas parcerias e atua junto à Divisão de Alimentação Escolar desde 2016, aos Centros de Educação Infantil do município desde 2018 e com a Secretaria Municipal de Assistência Social desde o início de 2019, realizando oficinas de capacitação de profissionais da nutrição e educação para atuar na promoção do aleitamento materno e alimentação saudável nas escolas.

Concluindo, a EAAB reconheceu as especificidades de cada serviço e as formas adequadas para uma efetiva atuação do manejo da amamentação e da alimentação, o que impactou positivamente a prevalência do aleitamento materno no município.



A colaboração da universidade com os programas municipais e com a unidade de saúde é importante para a efetivação da educação em saúde. Esta aliança permite um acesso mais fácil aos recursos humanos e materiais para a realização das atividades, bem como o acesso às mais recentes evidências científicas e suporte para estudos sobre o desenvolvimento dos trabalhos.



Teleobstetrícia para o treinamento de obstetrizes durante a pandemia de COVID-19

Daniela Rojas

CHILE

A pandemia afetou toda a população do país física, mental ou socialmente. Contudo, as pessoas mais afetadas foram aquelas em situação de maior vulnerabilidade, que nesse momento foram privadas de opções de cuidados de saúde.

As usuárias com doenças crônicas, assim como os controles dos diversos programas de atenção à saúde da mulher, foram afetados pela sobrecarga das equipes de saúde nos níveis de atenção primária e terciária. Os atendimentos ginecológicos e obstétricos não foram exceção, pois, além da necessidade de solucionar problemas específicos que muitas vezes requerem apenas orientações, são dificultados pelo medo, angústia e incerteza das usuárias.

Mas, mesmo neste cenário totalmente adverso e tão diferente do habitual, era imprescindível dar continuidade ao processo de formação dos novos profissionais de saúde, zelando por sua aquisição de conhecimentos e por suas práticas, e, ao mesmo tempo, por sua segurança e pela da população. A nova situação oportunizou mudanças que contemplassem a atenção à saúde dos usuários nas diferentes etapas do ciclo vital e a formação de profissionais íntegros, com capacidade de comunicação e resolutividade, estimulando-os a desenvolver pensamento crítico e atividades educativas, entre outros aspectos. E, neste contexto, a teleobstetrícia revelou-se uma ferramenta capaz de responder à situação.

O projeto de teleobstetrícia proporcionou atendimento clínico às usuárias por meio de videochamadas entre três pessoas (usuária, aluno, profissional docente) pelo aplicativo WhatsApp, com reserva prévia de horário e independentemente da localização da usuária. Os alunos que participaram do projeto cursavam, naquele momento, o terceiro e o quarto anos de Obstetrícia e

O projeto de teleobstetrícia prestou atendimento clínico aos usuários por meio de videochamadas entre três pessoas (usuário, aluno, profissional docente) pelo aplicativo WhatsApp, mediante reserva de horário e independente da localização da usuária.





Puericultura na Universidad de los Andes. Os alunos cumpriram grande parte dos objetivos de aprendizagem correspondentes ao seu nível curricular, com exceção dos relacionados com as atividades realizadas durante o exame físico da usuária. Após o atendimento, era solicitado à usuária e ao aluno que respondessem uma pesquisa de satisfação em um formulário *on-line* a partir de uma escala de Likert de 1 a 5, na qual 1 era “totalmente em discordância” e 5, “totalmente de acordo”.

Os resultados coletados refletiram um alto nível de aprovação da teleobstetrícia, tanto entre os alunos quanto entre as usuárias. De fato, em quase todas as consultas, o nível de satisfação dos entrevistados foi de 5. No caso das questões sobre a qualidade da imagem e do som, 92,3% das respostas obtiveram pontuação 5 e 7,7% obtiveram 4. Todas as usuárias disseram que se consultariam novamente por meio dessa modalidade de atendimento remoto. Um exemplo é a opinião de uma delas:

Me senti muito confortável e bem cuidada [...] consegui apresentar meu problema de saúde com calma e com bastante tempo [...] gostei muito do atendimento pois, apesar de não estarem presenciais, preocupavam-se em me pedir muitas informações para dar uma resposta à minha situação. Sou muito grata ao profissional, ao aluno e à instituição pelo atendimento prestado à comunidade.

A teleobstetrícia será utilizada com frequência cada vez maior graças ao fato de os requisitos serem acessíveis — como computador ou smartphone, câmera e internet — e graças a seus benefícios, que não são poucos: melhora o acesso aos cuidados de saúde, reduz as listas de espera e os custos associados ao atendimento presencial.



Desafios para a educação em enfermagem e obstetrícia durante a pandemia de COVID-19

Ruth E. Zielinski, Nora Drummond

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

A pandemia de COVID-19 tem representado diversos desafios para os processos educacionais da nova geração de profissionais de saúde. Ninguém poderia prever seu alcance, mas os educadores rapidamente perceberam o impacto que o coronavírus teria sobre a capacidade de ensinar os alunos. Dado que muitos programas educacionais foram projetados para ocorrer presencialmente, em vez de remotamente, quando os Estados Unidos da América ordenaram o confinamento, os professores tiveram que se mobilizar rapidamente para administrar o conteúdo por meios virtuais. Apesar de o aprendizado clínico ser uma parte importante da formação em enfermagem e obstetrícia, em meados de março de 2020, quando faltava apenas um mês para o semestre, decidiu-se interromper as práticas clínicas de todos os alunos desses cursos.

A pandemia aumentou os sentimentos de solidão e isolamento. Alguns alunos perderam membros da família e suas relações sociais foram interrompidas.

Sabendo que os desafios enfrentados pelos alunos faziam parte de uma narrativa mais ampla, procurou-se estudar seu impacto nas experiências de estudantes de obstetrícia nos Estados Unidos da América. Por meio de contatos profissionais e pessoais e usando perguntas abertas, estudantes de diferentes programas de obstetrícia em todo o país foram solicitados a compartilhar suas experiências em estudos de obstetrícia durante a pandemia.

Alguns alunos de obstetrícia são cuidadores de crianças e, devido ao fechamento de escolas e creches, tiveram que fazer modificações para se adaptarem às mudanças em seus programas acadêmicos. O impacto da pandemia na economia significou para alguns alunos a perda dos seus pais ou parceiros, o que também implicou um custo financeiro. Alguns profissionais de saúde, como profissionais de enfermarias e paramédicos, foram dispensados em algumas partes do país. Visto que certos programas de estudo de obstetrícia tiveram que ser cancelados ou adiados, havia



alunos que se encontravam com dificuldades, sem ajuda financeira ou sem ajuda suficiente para cobrir os custos de um programa de estudos.

Muitos alunos no país são profissionais com empregos presenciais, o que torna a exposição à COVID-19 no ambiente de trabalho uma possibilidade bastante real, principalmente com a escassez de equipamentos de proteção individual. Estudantes de obstetrícia que contraíram o vírus mencionaram dificuldades em se concentrar em tarefas acadêmicas durante a recuperação, cansaço no pescoço e nas costas, bem como cansaço visual e dor de cabeça pelo uso prolongado do computador. O estresse mental e a fadiga afetaram seus estudos, e alguns tiveram notas mais baixas, reduziram a carga horária ou não completaram alguns conteúdos. Eles também relataram efeitos negativos em sua saúde mental, incluindo aumento da sensação de isolamento, ansiedade e depressão. Em relação aos mecanismos de ajuda a que recorreram para enfrentar a situação, alguns referiram o uso de medicamentos, a prática de meditação e ioga, priorização do sono e uso de suplementos vitamínicos.

Com o agravamento da pandemia, tanto os centros clínicos ambulatoriais quanto os hospitais dispensaram os alunos de suas atividades práticas, na tentativa de reduzir o número de pessoas presentes nas áreas clínicas. Estudantes em todo o país relataram uma grande lacuna em seu aprendizado clínico, com alguns ainda sem condições de retornar. Aqueles que voltaram aos centros clínicos descobriram que tinham que fornecer mais apoio emocional aos pacientes devido às restrições impostas à família e aos visitantes. Em alguns programas de obstetrícia, a dificuldade de encontrar preceptores tornou-se um fardo adicional que levou a atrasos na graduação. Os alunos lutaram para equilibrar a formação acadêmica com os turnos de trabalho extras necessários como profissionais de enfermagem. Os que estavam concluindo o programa, principalmente, preocupavam-se em ganhar a experiência necessária para adquirir as competências a tempo de finalizarem o curso. Alguns achavam que suas habilidades estavam sendo prejudicadas e que a transição para a prática seria mais difícil.

Embora os alunos tenham entendido a necessidade de distanciamento físico, eles expressaram decepção e frustração com a mudança para o ensino *on-line*. Eles disseram que sentiam falta das aulas presenciais e das simulações clínicas e que se sentiam menos motivados quando não estavam com seus professores e colegas. Para eles, conectar-se por videochamada, telefone ou mensagem de texto não era o mesmo que se encontrar pessoalmente. Alunos com filhos em casa mencionaram que interrupções frequentes afetaram sua capacidade de concentração no aprendizado.

A pandemia aumentou os sentimentos de solidão e isolamento. Alguns alunos perderam membros da família e suas relações sociais foram interrompidas. Como um deles escreveu:

Perder o ensino presencial em sala de aula, as interações com os colegas e as simulações clínicas presenciais fez com que eu me sentisse menos conectado e mais solitário. Sinto falta de pessoas sem máscaras.



Embora a pandemia tenha representado desafios significativos para a educação, existem oportunidades de crescimento que fortalecerão os currículos no futuro. Os alunos demonstraram resiliência e flexibilidade durante a pandemia. Aqueles que compartilharam suas histórias eram dos Estados Unidos, mas certamente o impacto da pandemia foi sentido por estudantes de todo o mundo, que precisam de apoio neste momento tão difícil. Como professores e preceptores, devemos alcançar os alunos, especialmente aqueles que estão passando por dificuldades. Precisamos explorar possibilidades de apoio, como mais flexibilidade com prazos e criatividade nas formas de socializar com segurança, além de preparar os alunos acadêmica e clinicamente. Estão surgindo diferentes e inovadoras formas de ensino que podem continuar a fazer parte da formação dos profissionais, e devemos estar mais bem preparados no caso de uma futura pandemia.



Iniciativas de equipes de enfermagem em face da pandemia de COVID-19

Silvia Iris Tejada, Juana Solano

REPÚBLICA DOMINICANA

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que a epidemia de coronavírus poderia ser caracterizada como uma pandemia. Nesse mesmo mês, foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 na República Dominicana, de modo que medidas extraordinárias tiveram que ser estabelecidas em todas as áreas da vida. A enfermagem não foi exceção e decisões importantes tiveram que ser tomadas, tanto para oferecer o melhor atendimento aos pacientes afetados pela doença quanto para prevenir o contágio. Essa situação revelou não só o conhecimento clínico, mas também o surgimento de iniciativas que se desenvolveram à medida que as perspectivas se complicavam, adaptando-se ao nível de complexidade que cada hospital apresentava para o atendimento aos pacientes com COVID-19. Vale ressaltar que a pandemia encontrou na República Dominicana um déficit significativo de enfermeiras.

Neste contexto, foram lançadas várias iniciativas para o processo de adaptação dos trabalhos à pandemia de COVID-19 no país. As medidas implementadas pelas enfermeiras gerentes para o cuidado aos pacientes com COVID-19 foram as seguintes:

- Turnos de trabalho de 24 horas foram programados;
- O pessoal de enfermagem com fatores de risco foi dispensado do serviço;
- Foram realizadas oficinas de capacitação de pessoal para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual;
- A equipe foi treinada em triagem de pacientes e uso de ventiladores mecânicos;
- Foram aplicados os protocolos de biossegurança recomendados pelo Ministério da Saúde Pública, de acordo com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da OMS.



Além disso, foi mantida a coordenação com a gestão do hospital para reposição do material necessário (inclusive equipamentos de proteção individual), houve colaboração em equipe com outras disciplinas (como farmácia) e foram designadas enfermeiras para dar suporte ao setor de farmácia na reposição de medicamentos, materiais e equipamentos e na distribuição de equipamentos de proteção para todo o pessoal e supervisão da paramentação e desparamentação.

A atitude inicial da equipe de enfermagem quanto às medidas implementadas foi receptiva e acolhedora. Em alguns hospitais, houve resistência e muitas baixas por licença médica; e em outros, a reação foi de ansiedade, medo e estresse. Em relação às lições aprendidas, prevaleceu o valor do trabalho em equipe e da solidariedade.

No campo educacional, a situação evoluiu de forma semelhante, uma vez que as escolas de enfermagem tiveram que realizar mudanças repentinas e inéditas para encerrar o período letivo. Da mesma forma, a Escola Dominicana de Profissionais de Enfermagem viu-se obrigada a recorrer a medidas destinadas a preservar a saúde de seus integrantes, mantendo o cuidado aos pacientes e à população em geral.

As escolas de enfermagem adotaram as seguintes medidas para adaptar os processos acadêmicos à pandemia:

- Todas as universidades lançaram uma modalidade virtual de seus estudos em diferentes plataformas;
- O uso de estratégias de aprendizagem baseadas em situações e estudos de caso foi fortalecido;
- Foram suspensos as atividades práticas e estágios de ciclos hospitalares e comunitários como medida preventiva para alunos e professores;
- Foi promovida a utilização de laboratórios de simulação aplicando os protocolos de distanciamento físico, lavagem das mãos e uso permanente de máscara; e
- Nas pesquisas científicas que requerem a aplicação de instrumentos em ambiente hospitalar, foi utilizada a modalidade virtual para envio de pesquisas e questionários.

A atitude inicial da equipe de enfermagem quanto às medidas implementadas foi receptiva e acolhedora. Em alguns hospitais, houve resistência e muitas baixas por licença médica; em outros, a reação foi de ansiedade, medo e estresse. Em relação às lições aprendidas, prevaleceu o valor do trabalho em equipe e da solidariedade.



As iniciativas adotadas no campo da assistência e ensino de enfermagem têm procurado amenizar os graves efeitos da pandemia sobre a capacidade de prestação de cuidados de saúde e a formação de profissionais. Mas, no momento da redação deste texto, a significativa escassez de pessoal de enfermagem no país havia piorado como resultado da pandemia e os sindicatos profissionais continuavam a pedir às autoridades mais equipamentos de proteção individual, mais pessoal de enfermagem e garantia de suprimento suficiente de vacinas.



Reposicionando a educação em obstetrícia de acordo com as melhores práticas internacionais

Arlene James Euin, Marcia Rollock,
Franka Olliviere Andrews, Oscar Noel Ocho

TRINIDAD E TOBAGO

As obstetizas têm desempenhado um papel central na prestação de serviços às famílias em diferentes níveis de atenção à saúde. Tradicionalmente, o ensino de obstetrícia na região do Caribe foi e continua sendo ministrado em nível de especialização pelo Ministério da Saúde. A única exceção é a Universidade das Índias Ocidentais em Mona, Jamaica, onde o currículo corresponde ao da graduação em medicina. Independentemente do nível de qualificação, a Região tem um quadro de clínicos altamente experientes que trabalham de forma independente e interdependente como membros de equipes interprofissionais. Apesar de seus níveis de competência, a formação de obstetizas altamente qualificadas tem sido considerada de acordo com as melhores práticas internacionais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Confederação Internacional de Obstetizas concordam que o futuro da obstetrícia está no nível de educação e treinamento que os profissionais recebem, uma vez que o foco está no desenvolvimento de competências e não nas habilidades estabelecidas por uma estrutura. Isso se baseia no fato de que, quanto mais qualificada é a profissional de obstetrícia em equiparação à graduação de medicina, como força de trabalho altamente educada, não só a qualidade do atendimento melhora, como mais vidas são salvas. Fortalecer a educação em obstetrícia globalmente é essencial para cumprir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, e as escolas devem adotar um programa de treinamento baseado em competências para padronizar e fortalecer a educação em obstetrícia.

Obstetizas bem treinadas fornecem uma grande variedade de serviços para a população em idade fértil e recém-nascidos e podem dar uma contribuição significativa para os cuidados primários de saúde e a cobertura universal de saúde.



Um relatório encomendado pelo Ministério da Saúde sobre a educação em enfermagem e obstetrícia em Trinidad e Tobago recomendou que a educação nessas disciplinas fosse oferecida em nível de graduação em medicina. Esta recomendação coincide com a da Associação Regional de Obstetrias do Caribe e da Organização Regional de Enfermagem para desenvolver e implementar o programa de graduação em Obstetrícia nos países da Comunidade do Caribe.

De acordo com a OMS (17), se as obstetrias recebem uma educação de acordo com os padrões internacionais e a obstetrícia inclui o fornecimento de planejamento familiar, mais de 80% das mortes maternas, natimortos e mortes neonatais podem ser evitadas. Os benefícios de obstetrias com formação adequada estendem-se por todo o contínuo para melhorar a saúde geral das famílias e comunidades. Isso significa que obstetrias bem treinadas oferecem uma grande variedade de serviços para a população em idade reprodutiva e recém-nascidos, e podem dar uma contribuição significativa para os cuidados primários de saúde e a cobertura universal de saúde. No entanto, a grande maioria delas raramente tem a oportunidade de participar das decisões políticas para a população que atende. Segundo a Confederação Internacional de Obstetrias, esse fato pode estar relacionado ao nível de formação da profissão.

A duração da educação em obstetrícia na região do Caribe é variável, assim como a qualidade das experiências clínicas. Isso fornece uma janela de oportunidade para desenvolver um currículo abrangente de obstetrícia para Trinidad e Tobago, que seja consistente com as tendências globais. A instituição não pode trabalhar isoladamente para desenvolver programas de educação e prática em obstetrícia. Embora haja grande necessidade de obstetrias, elas devem atuar dentro do contexto econômico, político e social do país. Parcerias de apoio e colaborações têm sido benéficas no fortalecimento das políticas e diretrizes educacionais necessárias para melhorar e atualizar qualquer currículo para garantir que a qualidade seja mantida.

Reconhecendo a importância da colaboração, a Universidade das Índias Ocidentais convidou várias partes interessadas importantes da Faculdade de Ciências Médicas, do Ministério da Saúde, do Ministério da Educação, do Conselho de Enfermagem, da Associação de Obstetrias de Trinidad e Tobago, da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e do setor privado a desenvolverem um currículo de obstetrícia consistente com as recomendações globais e os melhores padrões.

Uma estratégia importante usada pela escola foi organizar um Simpósio Internacional de Obstetrícia em 2016. A reunião serviu como a base sobre a qual foi construída a necessidade de fortalecer a educação em obstetrícia na Região do Caribe em geral, e em Trinidad e Tobago em particular. A sensibilização das partes interessadas e a formação da nova Comissão de Obstetrícia ocorreram durante a primeira reunião, em abril de 2016. As partes reconheceram que era um momento crucial, um momento de trazer mais uma vez a prática da obstetrícia ao centro das atenções. Nessa reunião, os termos de referência, com antecedentes, funções e responsabilidades, foram fornecidos ao Comitê para sua apreciação e consentimento.



A discussão durante a reunião se concentrou no desenvolvimento de competências essenciais para os padrões da prática da obstetrícia, conforme estipulado pela Confederação Internacional de Obstetristas, os Conselhos de Enfermagem dos Estados Membros da Comunidade do Caribe e as leis de Trinidad e Tobago. O nível de certificação que a Universidade das Índias Ocidentais deve propor ao Conselho do Corpo Docente para consideração também foi discutido. Após a obtenção do consentimento dos autores, foram analisados os dados mais recentes e, a partir dos achados, gerou-se considerável debate, uma vez que os profissionais defendiam o valor da obstetrícia como prática autônoma e queriam ver isso refletido no plano de estudos.

Os membros do Comitê foram divididos em equipes e cada uma delas foi responsável por desenvolver as bases curriculares do curso de acordo com as competências essenciais identificadas pela Confederação Mundial de Obstetristas. O componente da obstetrícia foi entregue à equipe da Associação de Obstetristas de Trinidad e Tobago, que contou com o apoio de outras obstetristas para um conteúdo abrangente baseado em evidências. As equipes continuaram a trabalhar durante algum tempo e foram realizadas reuniões mensais, durante as quais foram levantadas questões, prestados esclarecimentos e iniciada a reescrita, com o objetivo de desenvolver um currículo forte, culturalmente sensível e internacionalmente reconhecido.

O currículo foi concluído e contou com o apoio do Corpo Docente Executivo. No momento da redação deste texto, encontra-se em processo de aprovação final pela Universidade das Índias Ocidentais em Santo Agostinho para sua efetiva implementação durante o ano letivo de 2021/2022.

Uma vez que o desenvolvimento das obstetristas depende da implementação de um currículo robusto e culturalmente sensível, baseado em uma estrutura de competência reconhecida internacionalmente, é imperativo que os princípios da colaboração interprofissional sejam usados como uma estratégia eficaz para tornar isso realidade.



Benefícios de incluir um parceiro masculino no cuidado pré-natal de uma mulher

Monica Isabel Alves, Geraldo Duarte

BRASIL

Em 2019, a população estimada do município de Franca, no estado de São Paulo, era de 339.925 habitantes, dos quais 173.753 eram mulheres. A projeção de mulheres em idade fértil (10-49 anos) para o mesmo ano foi de 101.103 e houve 4.633 partos. O número total de homens que fizeram pré-natal com suas parceiras em 2019 era de 2.357, com idades entre 16 e 61 anos.

O Programa Pré-Natal do Parceiro (PNP) é uma estratégia inovadora criada em 2006 em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, e que está sendo implementada progressivamente pelo Ministério da Saúde para proporcionar diversos benefícios à saúde para a tríade formada pela gestante, seu companheiro e filho.

Estudos mostram que, quando o companheiro da gestante está presente e participa do pré-natal, a depressão puerperal e o uso de analgésicos durante o parto são reduzidos, aumenta o vínculo entre mãe e recém-nascido, melhora a adesão à amamentação e a transmissão vertical de enfermidades da mãe para filho é reduzida, entre outros benefícios.

Um dos objetivos da participação no Programa é diagnosticar de forma precoce diferentes alterações no pai e na mãe, como a dislipidemia, a hipertensão arterial e o diabetes, integrando-os à rede de saúde para receber ações de prevenção e promoção da saúde.

O Programa Pré-Natal do Parceiro (PNP) é uma estratégia inovadora criada em 2006 em Ribeirão Preto, no estado de São Paulo, e que está sendo implementada progressivamente pelo Ministério da Saúde para proporcionar diversos benefícios à saúde da tríade formada pela gestante, seu parceiro e a criança.





O Programa foi implantado no município de Franca em 2015, ano em que foram capacitadas as equipes de saúde. O treinamento em pré-natal do casal incluiu recepcionistas, ginecologista e clínico geral, enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem, assistente social e agente comunitário de saúde.

As enfermeiras da atenção básica ficaram a cargo dos primeiros atendimentos às gestantes e seus companheiros e as consultas subsequentes ficaram a cargo dos médicos. A enfermeira atendia a mulher se ela quisesse fazer um teste rápido de urina para detectar gravidez. Se ela chegasse acompanhada do companheiro, ele também era bem-vindo.

Se o resultado do HCG fosse negativo, informações sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) e métodos anticoncepcionais eram fornecidas e possíveis perguntas eram respondidas. Se o exame confirmava a gravidez, o pré-natal era iniciado e o homem era convidado a participar. Em seguida, eram solicitadas sorologias ao laboratório de pesquisa de IST, hepatites B e C, HIV, glicemia, perfil lipídico e pressão arterial.

O Programa possibilitou o diagnóstico de dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes em diversos usuários, possibilitando a intervenção precoce no diagnóstico de doenças cardiovasculares. Os resultados das sorologias identificaram homens com sorologia positiva e gestantes soronegativas para o HIV, permitindo o rastreamento rápido para interromper a transmissão vertical.



Quando os valores da pressão arterial se apresentavam alterados, o casal era orientado sobre a prática de atividade física e dieta alimentar, sendo fornecida assistência médica. Ao receber o resultado dos exames laboratoriais, a gestante poderia apresentá-los ao ginecologista e, dependendo do resultado da sorologia, o casal era encaminhado ao Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS ou ao clínico para os demais exames.

No âmbito da assistência integral ao casal, são realizadas ações de orientação sobre os direitos à licença paternidade previstos na legislação brasileira e as alterações físicas e psicológicas que ocorrem durante a gravidez. O casal se sente acolhido e desenvolve vínculo com a equipe de saúde, a fim de buscar o serviço para o próprio atendimento e esclarecer dúvidas ou participar de grupos de gestantes.

Também foi verificada a gratidão dos casais por poderem estar juntos nas consultas, nos grupos e no parto. Isso ajuda a refutar a ideia de que os homens não querem ou não têm interesse em participar.

A prática de acolher o companheiro da gestante no pré-natal contribuiu para facilitar o acesso dos homens à atenção básica. Essas unidades são as portas de entrada para o atendimento do Sistema Único de Saúde, uma vez que, muitas vezes, são consideradas locais de atendimento a mulheres e crianças.

Um dos benefícios do Programa foi o acesso dos homens às unidades de saúde e, conseqüentemente, ao diagnóstico e tratamento de doenças transmissíveis, como a sífilis. A resposta de um dos participantes à pergunta sobre o que pensava da sua inclusão no PNP destaca este benefício:

Foi bom. Fui aos exames, também para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Foi bom para minha saúde, para a dela e para o bebê.



Humanização da assistência ao parto com medidas psicoprofiláticas

Ana Lisia Alfaro

EL SALVADOR

O Hospital Nacional Nuestra Señora de Fátima, na cidade de Cojutepeque, é um hospital departamental de nível secundário, com capacidade instalada de 90 leitos, dos quais 27 são destinados ao Serviço de Obstetrícia. Em 2018, 2.595 mulheres foram atendidas. Para contribuir com a redução das complicações do parto e do elevado número de cesáreas e para melhorar a humanização da assistência ao parto, foram promovidas boas práticas para a implantação de medidas psicoprofiláticas na assistência ao parto. Essas medidas foram aplicadas à mulher e seu acompanhante no hospital, com um mínimo de procedimentos médicos para o parto, sem colocar em risco sua segurança e a dos bebês.

A aplicação das boas práticas da psicoprofilaxia obstétrica prepara a gestante e seu companheiro com projeção familiar e de forma integral, ou seja, física, cognitiva e psicologicamente. Isso é realizado por meio de atividades educativas, técnicas de relaxamento neuromuscular e atividade respiratória, exercícios gestacionais, posições analgésicas, técnicas de autoajuda e estimulação pré-natal para alcançar sua participação efetiva com tranquilidade e segurança durante o parto, pós-parto e amamentação.

A psicoprofilaxia obstétrica funciona em quatro dimensões:

1. Atitudinal e emocional, em cada fase do processo de nascimento.
2. Comportamental, que contempla o desenvolvimento de habilidades para enfrentar com competência o processo de parto e puerpério.
3. Estratégias para o medo, desconforto e dor, como técnicas de relaxamento, habilidades de relacionamento e habilidades de comunicação.
4. Cognitiva, sobre o processo de parto e suas implicações nas diferentes fases da gravidez, parto e pós-parto. Além disso, é oferecida orientação sobre os sinais de alerta, cuidados especiais, sinais de início do trabalho de parto, recuperação pós-natal e plano de parto, entre outros aspectos.



As medidas psicoprofiláticas trazem benefícios para a mãe e o recém-nascido, para a família e até para a equipe de saúde. **As vantagens para a mãe** são 1) um menor grau de ansiedade, o que permite que ela desenvolva e manifeste uma atitude positiva e calma; 2) resposta adequada durante as contrações uterinas, com uso adequado de relaxamento, respiração, massagem e outras técnicas de autoajuda; 3) maior possibilidade de que, ao entrar no centro de atendimento, esteja em franco trabalho de parto, com dilatação mais avançada; 4) menor duração da fase de dilatação em relação à média normal; 5) menor duração da fase de expulsão; 6) menor duração do tempo total de trabalho de parto; 7) menor uso de medicamentos, em geral; 8) menor risco de complicações obstétricas; 9) maior vínculo afetivo com o bebê; 10) menor chance de cesárea; 11) recuperação mais rápida e confortável; 12) adequação total para amamentação e 13) menor risco de depressão pós-parto.

As **vantagens para o recém-nascido** são 1) redução do sofrimento fetal agudo; 2) diminuição das complicações perinatais; 3) melhor índice de Apgar e 4) fortalecimento da amamentação. As **vantagens para a equipe de saúde** são 1) trabalhar em um clima de maior harmonia; 2) maior confiança, compreensão e colaboração do casal grávido; 3) redução dos riscos maternos e perinatais e 4) promoção do parto institucionalizado em condições seguras por meio das informações prestadas, de forma oportuna e humanizada.

As **vantagens para a família** são: 1) evitam-se algumas complicações durante o parto e no recém-nascido, o que encurta o tempo de internação e facilita a incorporação precoce ao domicílio com a sua família; 2) o custo econômico para a família é reduzido, uma vez que o casal não precisa se deslocar com frequência ao hospital devido à curta permanência; 3) favorece-se o social e o vínculo psicológico com o parceiro, já que este vive o processo do parto e se sente parte dele e 4) cumpre-se um princípio da atuação da enfermagem ao incorporar o indivíduo à sua família e comunidade o mais rápido possível.

O objetivo geral da iniciativa foi contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, por meio do fortalecimento da atenção ao parto normal com aplicação de medidas psicoprofiláticas e participação da família no Hospital Nacional Nossa Senhora de Fátima, de janeiro de 2016 a dezembro de 2018. Os objetivos específicos eram a implementação de exercícios psicoprofiláticos em gestantes em fase latente e ativa com indicação de parto normal, em serviços de ginecologia e obstetrícia e assistência ao parto; alcançar o suporte emocional da gestante com a implementação de ações de participação ativa do casal e

O objetivo geral da iniciativa era contribuir para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, por meio do fortalecimento da atenção ao parto normal com aplicação de medidas psicoprofiláticas e participação da família.





da família no processo de assistência ao parto; melhorar a satisfação das mulheres com o atendimento ao parto; fortalecer a amamentação exclusiva; melhorar a empatia das usuárias com o processo de assistência ao parto hospitalar e promover o parto institucional.

A implementação das boas práticas foi realizada em quatro fases:

- 1. Planejamento:** foi realizada a análise documental das informações e elaborado o projeto, incluindo um plano de ação e um plano didático, o qual foi aprovado pela direção do hospital. Foram planejadas oficinas destinadas à equipe médica e de enfermagem, com o objetivo de capacitar e envolver os recursos humanos para a execução do projeto.
- 2. Execução:** a equipe coordenadora iniciou as oficinas de capacitação em fases, primeiro nas chefias das unidades e depois com o pessoal operacional das áreas maternas e demais áreas hospitalares. Em seguida, a equipe tornou-se facilitadora para os diferentes serviços que participaram do projeto. Nessa fase, também foram realizadas ações para melhorar a infraestrutura da área. Algumas das melhorias consistiram em colocar cortinas entre as camas das parturientes, para respeitar seu direito à privacidade; adquirir o material e suprimentos necessários para executar a estratégia nas áreas de atenção; identificar as usuárias e seus parceiros, solicitando-lhes que informassem se desejavam participar da aplicação de medidas psicoprofiláticas durante a internação; e aplicar essas medidas a todas as parturientes com indicação de parto normal.



3. **Acompanhamento e avaliação:** a fase de avaliação das boas práticas decorreu segundo duas metodologias. A metodologia observacional permitiu verificar a aplicação de exercícios psicoprofiláticos nas usuárias, e a segunda metodologia consistiu na aplicação de pesquisas de satisfação às usuárias beneficiadas pela estratégia.
4. **Réplicas do projeto:** diversas maternidades do país foram capacitadas por meio de oficinas.

Foi possível obter a participação multiprofissional de diferentes áreas do hospital para atingir os objetivos propostos pela equipe de aperfeiçoamento. As áreas foram gestão, sub-gestão e administração hospitalar; a unidade financeira institucional; lavanderia e costura; manutenção; serviços de limpeza e médicos das áreas de epidemiologia e medicina interna. Graças à participação de todas essas áreas, cada uma das atividades delineadas no plano de trabalho foi executada em tempo hábil e com os materiais e suprimentos necessários, além do trabalho em equipe desenvolvido.

As evidências das boas práticas foram visitas participativas com mulheres grávidas para divulgar as melhores práticas; a disseminação das melhores práticas nas 28 maternidades e no Instituto Salvadorenho de Previdência Social; oficinas de capacitação em psicoprofilaxia do parto; implementação das boas práticas em outras maternidades do país e disseminação das boas práticas entre a população; e fortalecimento institucional da atenção ao parto.



Programa Familiar Acompanhante para promover o vínculo entre o pai, a família e o recém-nascido

*Vanessa Naupari Carreño, Lady Horna Cabanillas,
María de Fátima Ballón Rendón*

PERU

O Serviço de Enfermagem Neonatológica oferece atendimento imediato e mediado ao recém-nascido de alto risco cujas mães são transferidas para o hospital devido à sua maior capacidade de resolução.

O serviço propôs inovar o Programa Familiar Acompanhante, estabelecendo como objetivo principal uma unidade de trabalho em equipe em benefício do recém-nascido, mãe, pai e sua família. De acordo com as tendências atuais de cuidado, o nascimento de um filho traz implicações para a família que a posicionam, como um todo, como objeto de cuidado. É uma época em que uma ampla gama de necessidades surge tanto para o recém-nascido quanto para os pais. Portanto, é imprescindível dar respostas eficazes para garantir a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento das famílias, tornando cada situação uma oportunidade de aprendizagem.

Esse programa inovador visa capacitar os acompanhantes para o incentivo e a adoção de ações de cuidado e promoção do aleitamento materno, estabelecendo uma aliança estratégica com os profissionais, ponto chave na promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e alta tempestiva.

É importante fortalecer a autoestima do pai e da mãe para que se sintam capazes de exercer estes papéis com responsabilidade e autonomia. Desde o primeiro contato com os pais, a equipe de enfermagem oferece cuidados e educação continuada, para que ganhem segurança e confiança no cuidado do bebê. As orientações sobre a amamentação e seu início requerem um tempo razoável, durante o qual a equipe deve permanecer ao lado da mãe até que ela desenvolva confiança, promovendo um cuidado integral contínuo no domicílio.

Os profissionais de enfermagem utilizam estratégias de cuidado que não se limitam ao ambiente hospitalar e incluem espaços no domicílio. Dessa forma, há continuidade no cuidado à mãe e ao recém-nascido, enquanto a família é envolvida. Esta atua como rede de apoio e assume o desafio de participar do processo de prevenção e promoção da saúde materna neonatal, garantindo o bem-estar sem riscos.



O Programa possibilita que a família, além da mãe, pai, avós e tios, entre outros, participem do processo de cuidado ao recém-nascido, por meio do treinamento em habilidades básicas. Assim, adquirem conhecimentos, habilidades e aptidões para participar e colaborar no cuidado, alimentação, prevenção de complicações ou na identificação de sinais de alerta durante a adaptação à vida extrauterina do recém-nascido. Poderão colocar esses conhecimentos em prática no domicílio após a alta, melhorando o vínculo entre o enfermeiro e a família por meio da relação terapêutica integral.

O objetivo geral do Programa é promover a participação dos familiares no cuidado integral ao recém-nascido para evitar eventos adversos evitáveis e complicações irreversíveis em seu crescimento e desenvolvimento, contribuindo para sua saúde, alcançando seu ótimo atendimento, recuperação e cuidado no domicílio e na sociedade. Os objetivos específicos são:

1. Fortalecer os vínculos entre a família e o pessoal de enfermagem.
2. Integrar os familiares no cuidado e assistência ao recém-nascido durante a hospitalização.
3. Facilitar os conhecimentos, as habilidades e a destreza para participação do familiar ou acompanhante em cuidados básicos relacionados com a biossegurança, a alimentação, o aleitamento materno, a higiene, as vacinas, os sinais de alerta e o apoio emocional e espiritual.
4. Treinar o familiar acompanhante nos cuidados requeridos para a atenção ao recém-nascido, incluindo a prevenção de eventos adversos e de complicações durante a hospitalização e no lar.
5. Identificar o familiar ou acompanhante com excesso de estresse e prestar a ele apoio psicossocial interdisciplinar.
6. Avaliar as habilidades e a destreza adquiridas pelo familiar ou acompanhante ao término do Programa.
7. Avaliar o impacto do Programa.

A avaliação do Programa foi realizada por meio do número de familiares acompanhantes: 1) que participaram do Programa durante o mês; 2) que obtiveram boa nota durante o desenvolvimento do Programa; 3) satisfeitos com o Programa; 4) que prestaram atendimento satisfatório em casa e 5) por meio de resultados de sustentabilidade.

O Programa possibilita que a família, além da mãe, pai, avós e tios, entre outros, participem do processo de cuidado ao recém-nascido, por meio do treinamento em habilidades básicas.



A eficácia do Programa foi avaliada de acordo com os resultados esperados nas diferentes atividades, traduzidos no cumprimento dos objetivos estabelecidos – o que é feito através de um pré-teste que mede as alterações nos níveis obtidos. Também foram avaliados a mudança de atitudes e comportamentos e o desenvolvimento de habilidades, evidenciado pela participação no autocuidado durante a internação do recém-nascido.

Os resultados esperados eram usuários satisfeitos com o Programa, práticas realizadas de forma correta pelo familiar acompanhante e redução de eventos adversos por quedas associadas ao desconhecimento das medidas de prevenção. Os indicadores utilizados foram 1) o percentual de familiares acompanhantes que participaram do Programa durante o mês; 2) o percentual de cumprimento das atividades realizadas; 3) o percentual de usuários com avaliação “bom” no atendimento ao paciente e 4) o percentual de usuários satisfeitos com o Programa Familiar Acompanhante.



Experiências da Associação de Obstetrias de Trinidad e Tobago em aulas de educação para o parto

Marcia Rollock, Debra Lewis, Arlene James Euin,
Franka Olliviere Andrews, Oscar Noel Ocho

TRINIDAD E TOBAGO

A Associação de Obstetrias de Trinidad e Tobago é uma organização formada por profissionais da área de obstetrícia que atuam na prática pública e privada. As aulas de parto são consideradas essenciais para a experiência de parto da família. A Associação iniciou aulas de educação pré-natal para orientar as mulheres que, junto com seus familiares, buscavam informações sobre atividades relacionadas à maternidade e à criação dos filhos.

Historicamente, o objetivo das aulas era preparar mulheres em idade fértil para o parto e ensinar técnicas para o controle da dor durante o trabalho de parto. Com o passar dos anos, o escopo dessa educação se expandiu e agora inclui a preparação para a gravidez, o trabalho de parto e o parto, os cuidados com o recém-nascido e a adaptação à vida familiar com um bebê. A duração, o conteúdo, os critérios de adesão e o custo econômico dos cursos são diversos. Enquanto alguns deles são organizados por meio de hospitais, outros são oferecidos por organizações comunitárias.

Embora a estrutura e o conteúdo dessas aulas variem, é consenso que elas podem ser benéficas para as mulheres e seus parceiros. Os resultados da pesquisa realizada por uma das autoras sobre o valor da educação no parto, as aulas do método Lamaze e a presença do futuro pai na sala de parto mostram que a exposição dos futuros pais às aulas para pais ou Lamaze pode servir como apoio essencial para mulheres e gestantes durante a gravidez e o parto (18).

Historicamente, a maioria dos parceiros masculinos não estava realmente integrada nas aulas de pré-natal. A associação tem procurado dar esse apoio aos pais por meio de aulas de parto que enfocam as necessidades da gestante e de seu companheiro.



No entanto, há uma necessidade óbvia de estabelecer padrões de prática para as aulas do método Lamaze. Isso irá promover programas estruturados que são culturalmente sensíveis e que são adaptados não apenas às necessidades da mulher grávida, mas também às do futuro pai.

Incluir o pai é vital, pois o aprendizado é promovido como uma experiência compartilhada com o filho que ainda não nasceu, enquanto o vínculo é construído. A Organização Mundial da Saúde recomenda intervenções para promover a participação masculina durante a gravidez, parto e pós-parto. Desse modo, melhores cuidados pessoais para a mulher são facilitados e apoiados, bem como melhores práticas de cuidado domiciliar para a mãe e o recém-nascido e melhor utilização de cuidados especializados durante a gravidez, parto e puerpério para mulheres e recém-nascidos (19).

A maioria dos parceiros masculinos não estava realmente integrada nas aulas de pré-natal. A Associação tem procurado dar esse apoio aos pais por meio de suas aulas de parto, que enfocam as necessidades da gestante e de seu companheiro. Para tal, as aulas foram pensadas de forma a criar um ambiente descontraído que incentive a participação dos clientes e acompanhantes.

As aulas adaptadas para homens começaram em 2005 com um pequeno grupo. Eles são divididos em oito sessões que formam um ciclo. As clientes e pessoas de apoio podem aderir a qualquer ponto do ciclo para obter as informações de que precisam. As obstetras abordam os tópicos todos os sábados de manhã durante duas horas: boa saúde durante a gravidez; o enxoval e a banheira para o bebê; exercícios pré e pós-natais; trabalho de parto e parto; o papel das pessoas de apoio; amamentação; o período pós-natal e massagens do bebê.

No período de janeiro a dezembro de 2019, foram concluídos seis ciclos, com 68 clientes e respectivos apoiantes. Nos primeiros três meses de 2020, foram oito clientes com seus acompanhantes. As restrições decorrentes da pandemia de COVID-19 impuseram o cancelamento das aulas presenciais e a disponibilização de aulas na plataforma virtual. Como resultado, de janeiro a setembro de 2020, foram concluídos quatro ciclos com 18 casais. No final de cada ciclo, foi solicitado *feedback*, o que resultou na ampliação do número de tópicos das aulas. O *feedback* das clientes tem sido positivo e 97% delas afirmaram perceber os benefícios das aulas em suas vivências, além de resultados positivos.

Em aulas interativas em pequenos grupos ao longo de oito semanas, as clientes e futuros pais têm a oportunidade de se sentirem confortáveis, relaxados e seguros o suficiente para compartilhar pensamentos, medos e sentimentos, bem como ter conversas com a parceira e outros membros do grupo. As aulas de preparação para o parto da Associação facilitaram a interação e a educação, pois as sessões permitem experiências práticas para clientes e pessoas de apoio.



A Associação continua cumprindo seu mandato de informar e aconselhar as mulheres e suas famílias sobre a necessidade de uma educação contínua e responsável em saúde reprodutiva. No entanto, é necessário avaliar continuamente as aulas, para garantir que continuem a manter a inclusão familiar e a melhoria da informação para as mulheres e seus parceiros.



Conclusões

O objetivo das histórias que compõem este livro é dar visibilidade às iniciativas dos profissionais de enfermagem e obstetrícia e ao importante trabalho que realizam, em diferentes níveis de atenção e ambientes profissionais, nos diversos países da Região das Américas.

Por meio de programas de saúde lançados por profissionais de enfermagem e obstetrícia ou promovidos por ministérios da saúde, um trabalho de qualidade é oferecido às comunidades, barreiras à saúde são reduzidas ou eliminadas e muitas profissionais conseguem chegar aos lugares mais remotos.

Esses programas são baseados na prevenção e promoção da saúde, e muitos contam com equipes interdisciplinares. Uma das principais ferramentas que utilizam é conhecer a comunidade, identificar suas necessidades, promover a educação de grupos familiares por meio de atividades e iniciativas diversas, envolver outros profissionais de saúde e avaliar os resultados, que são subjetivos, pois não há processos científicos ou de mensuração utilizados.

Os profissionais encontram diferentes dificuldades e a pandemia de COVID-19 tem sido uma das mais complexas. A pandemia teve consequências devastadoras em todo o mundo e causou efeitos sociais, econômicos e no setor da saúde. E, embora a crise esteja afetando toda a população, a situação atual agrava os fatores de risco pré-existentes, que afetam principalmente as populações mais vulneráveis de cada país. As mulheres são gravemente afetadas, seja pela sua condição de maioria entre os profissionais de saúde seja como usuárias dos serviços de saúde.

Por outro lado, a pandemia não afetou apenas profissionais e pacientes, mas também futuros profissionais, para quem teve profundas consequências. Os processos educacionais tiveram que ser modificados durante a pandemia porque a maioria dos programas foi elaborada para ser presencial, principalmente nos centros de saúde. Durante o pico da pandemia, esses centros decidiram retirar seus alunos das práticas clínicas. As descrições de algumas das histórias permitem que visualizemos a realidade de alunos e educadores e o efeito que a pandemia teve na formação, com uma grande lacuna na aprendizagem clínica. Presumivelmente, os casos nestas páginas que estavam em operação antes da pandemia também foram afetados de alguma forma em sua execução.



No entanto, os países não podem vencer a batalha contra os surtos ou alcançar o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde sem investir em treinamento, emprego e regulamentação dos recursos humanos para a saúde. A pandemia mostrou que estes são eixos centrais dos sistemas e serviços de saúde. Recomendamos que as iniciativas apresentadas nesta publicação sejam divulgadas e replicadas e que sejam promovidos o investimento e a valorização do trabalho dos profissionais de saúde em geral e dos profissionais de enfermagem e obstetrícia em particular. Acreditamos que respeitar e valorizar esses profissionais, disseminar boas experiências, fomentar práticas colaborativas e fortalecer a atenção primária à saúde são fatores essenciais para alcançar a equidade, o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde.



Referências

1. Organização Mundial da Saúde. State of the World's Nursing Report 2020: investing in education, jobs and leadership. Genebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677>. Consultado em 18 de agosto de 2020.
2. Organização Mundial da Saúde. 2021 designated as the International Year of Health and Care Workers [internet]. Genebra: OMS; 2020. Disponível em inglês em: <https://www.who.int/news/item/11-11-2020-2021-designated-as-the-international-year-of-health-and-care-workers>. Consultado em 29 de dezembro de 2020.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. Washington, D.C.: OPAS, 2020. Disponível em espanhol em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>. Consultado em 23 de novembro de 2020.
4. Organização Mundial da Saúde. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería [internet]. Genebra: OMS; 2020. Disponível em espanhol em: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>. Consultado em 21 de janeiro de 2021.
5. Conselho Internacional de Enfermeiras. Actualización del Consejo Internacional de Enfermeras sobre la COVID-19. Genebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2021. Disponível em espanhol em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID-19%20update%20report%20FINAL_SP.pdf. Consultado em 9 de fevereiro de 2021.
6. Organização Mundial da Saúde et al. Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa [internet]. Genebra: OMS; ONU; UNICEF; PNUD; UNESCO; ONUSIDA; UIT, Iniciativa Pulso Mundial; Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>. Consultado em 21 de janeiro de 2021.



7. Bandyopadhyay S., Baticulon R.E., Kadhum M., Alser M., Ojuka D.K., Badereddin Y., et al. Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Global Health* 2020, 5(12):e003097. doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003097.
8. Organização Mundial da Saúde. COVID-19: Occupational health and safety for health workers. Genebra: OMS; 2021. Disponível em inglês em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-HCW_advice-2021.1. Consultado em 5 de fevereiro de 2021.
9. Fundo das Nações Unidas para a Infância. A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths. Nova York: UNICEF; 2020. Disponível em inglês em: <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>. Consultado em 22 de janeiro de 2021.
10. Grupo Banco Mundial. Closing Gender GAPS in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C: GBM; 2020. Disponível em inglês em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/484401532010525429/pdf/Closing-Gender-Gaps-in-Latin-America-and-the-Caribbean.pdf>. Consultado em 8 de fevereiro de 2021.
11. Grupo Banco Mundial. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Policy notes 2020:1.29. Disponível em inglês em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33622/Gender-Dimensions-of-the-COVID-19-Pandemic.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado em 8 de fevereiro de 2021.
12. Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Sistemas alimentarios y COVID-19 en América Latina y el Caribe: El rol de las medidas de protección social. Boletim Nº 7. Santiago de Chile: FAO/CEPAL; 2020. Disponível em espanhol em: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45720>. Consultado em 5 de fevereiro de 2021.
13. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Santiago de Chile: CEPAL; 2020. Disponível em espanhol em: <http://hdl.handle.net/11362/46483>. Consultado em 8 de fevereiro de 2021.
14. Kimani RW, Maina R, Shumba C, Shaibu S. Maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Kenya: re-contextualising the community midwifery model. *Human Resources for Health*, 2020, 18(1):75. doi.org/10.1186/s12960-020-00518-3.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Pacto 30 • 30 • 30 APS para la Salud Universal. Washington (DC): OPAS; 2019. Disponível em espanhol em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es. Consultado em 18 de agosto de 2020.



16. Organização Pan-Americana da Saúde. Perspectivas e contribuições da enfermagem para promover a saúde universal. Washington (DC): OPAS; 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52115>. Consultado em 28 de agosto de 2020.
17. Organização Mundial da Saúde. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Genebra: OMS; 2019.
18. Ocho ON. Perceptions of Registered Nurses/Midwives and Obstetricians on Having Males as Expectant Fathers Present in the Delivery Room at Public Hospitals in Trinidad and Tobago: Implications for Women and Their Partners. *Sexuality & Culture*, 2018, 22(2):541-554. doi.org/10.1007/s12119-017-9482-2.
19. Organização Mundial da Saúde. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Genebra: OMS; 2015. Disponível em inglês em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/172427/9789241508742_tables_eng.pdf;jsessionid=C84DDAD6E212FBBD6E9F69E82D423B37?sequence=2. Consultado em 13 de abril de 2021.



A Organização Pan-Americana da Saúde, em reconhecimento ao papel fundamental dos profissionais de enfermagem e de obstetrícia nos sistemas de saúde, decidiu publicar esses relatos para tornar visíveis as iniciativas e contribuições desses profissionais com foco na saúde da mulher. Esta publicação contribui para destacar o importante trabalho que realizam, em diferentes níveis de atenção e ambientes profissionais, e destaca a realidade da saúde da mulher nos países da Região das Américas. As atividades, histórias e casos relacionados ilustram o papel dos profissionais de enfermagem e de obstetrícia na promoção do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde, bem como sua importante contribuição para os sistemas de saúde, universidades e escolas nos países da Região.

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas



9 789275 723647