

Módulo Básico

A parteira na comunidade

Manual para professores de Enfermagem Obstétrica

Educação para uma Maternidade Segura



Making Pregnancy Safer

World Health Organization
Geneva



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Módulos de Educação em Obstetrícia

Dados Internacionais da Catalogação da Publicação (CIP) – Biblioteca da OMS

Organização Mundial da Saúde.

Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed.

6 módulos um 1 v. + 1 CD-ROM.

Conteúdo: Módulo básico: a parteira na comunidade – Eclâmpsia – Aborto incompleto – Parto prolongado e Paragem na progressão do trabalho de parto – Hemorragia pós-parto – Sepsis puerperal –

1. Tocologia - educação 2. Complicações na gravidez - terapia 3. Materiais de ensino

I. Título: Módulo básico: A parteira na comunidade

ISBN 92 4 854666 8

(Classificação NLM: WQ 160)

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial - devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: : +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, nem de suas autoridades, nem tão pouco sobre questões de demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximativas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Printed in Portugal, Gráfica Maiadouro, S.A.

Mai, 2005

AGRADECIMENTOS

Os módulos de obstetrícia foram desenvolvidos em resposta a uma necessidade sentida de materiais educativos que facilitassem o ensino de competências indispensáveis ao tratamento das principais causas de morte materna.

Gaynor Maclean desenvolveu um esboço inicial dos módulos e realizou, em dois países africanos, o pré-teste de alguns dos métodos de ensino-aprendizagem. Friederike Wittgestein preparou o teste da versão de campo dos módulos, mantendo a maioria das ideias e métodos incluídos na primeira versão. Judith O’Heir desenvolveu o protocolo do trabalho de campo, coordenou-o em cinco países da África, Ásia e Pacífico e completou os módulos após o trabalho de campo. Barbara Kwast e, mais tarde, Anne Thompson, ambas parceiras de renome internacional, eram responsáveis, como membros da OMS pela criação, desenvolvimento, produção e em última análise, pela disseminação e uso dos módulos.

A OMS agradece as muitas contribuições individuais e institucionais. Em particular da Confederação Internacional de Parceiras (CIP) e do Colégio Americano de Enfermeiras-Parceiras (CAEP), que estiveram envolvidos no desenvolvimento, pré-teste, aperfeiçoamento, trabalho de campo e finalização dos módulos. A OMS aprecia profundamente o trabalho individual de todos os que estiveram envolvidos no trabalho de campo dos países, o tempo e esforço que dedicaram à versão de trabalho de campo, e os seus contributos para a versão final.

Esta segunda edição dos módulos de obstetrícia foi desenvolvida sob o auspício da equipa do Departamento de Saúde Reprodutiva. O layout dos módulos foi feito por Maureen Dunphy e a coordenação foi de Shamilah Akram. Esta segunda edição (versão inglesa) está a ser publicada conjuntamente pela OMS e pela CIP, que agradecem a Betty Sweet e a Judith O’Heir pela revisão e actualização dos módulos e também, a todos os membros da reunião científica “Fortalecendo a Obstetrícia” que teve lugar em Genebra em 2001, pelos seus comentários, contribuições e sugestões úteis para as últimas melhorias na finalização da segunda edição; ao IPAS pelos seus comentários e assistência na preparação do novo módulo de tratamento do Aborto Incompleto e dos cuidados pós-aborto, e pela autorização para usar as suas ilustrações.

A OMS agradece, igualmente, as contribuições financeiras dos governos da Austrália, Itália, Noruega, Suécia e Suíça, da Corporação Carnegie, da Fundação Rockefeller, PNUD, UNICEF, UNFPA e do Banco Mundial que apoiaram estas e outras actividades dentro do Programa de Saúde Materna e Maternidade Segura. A produção dos módulos de obstetrícia foi apoiada financeiramente pela Corporação Carnegie, pelos governos da Itália e do Japão e pela Autoridade para a Cooperação e Desenvolvimento Internacional Sueca.

Esta versão portuguesa dos Manuais foi executada pela Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta com o apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian e da Organização Mundial de Saúde, Genebra. Os Manuais foram traduzidos em 2004, pela Enfermeira Inês Fronteira. As traduções foram revistas por Teresa Aguiar (Pediatra), Beatriz Calado (Obstetra), Cláudia Conceição (Internista), Paulo Ferrinho (Médico de Saúde Pública), Inês Fronteira (Enfermeira de Saúde Pública), Fátima Hipólito (Socióloga), Luís Varandas (Pediatra). A harmonização final de todos os textos foi da responsabilidade de Paulo Ferrinho, Maria Cláudia Conceição, Ana Rita Antunes e Vanda Ferreira. A coordenação global foi de Paulo Ferrinho. Agradecemos ainda o apoio da enfermeira Anabela Candeias.

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas	7
Introdução	9
Sumário do módulo	20
Começar	21
Sessão 1: Porque morreu a D. ^a X?	23
Sessão 2: Existem D. ^{as} X na nossa comunidade?	43
Sessão 3: Compromisso para com uma Maternidade Segura	47
Sessão 4: Seguindo os passos da D. ^a X	53
Sessão 5: A posição e o valor das mulheres	59
Sessão 6: Promoção de uma Maternidade Segura com base nos Direitos Humanos	63
Sessão 7: Crenças, tradições e tabus	71
Sessão 8: Reconhecer, encaminhar e reduzir o risco	77
Sessão 9: Atrasos significam morte	93
Sessão 10: VIH/SIDA e Maternidade Segura	101
Sessão 11: Introdução ao perfil comunitário	113
Sessão 12: Avaliação dos cuidados maternos na comunidade	151
Glossário	159
Anexo: Definições e informação de apoio para referência de professores e alunos	183
Jogo Didático: Seguindo os passos da D. ^a X.....	195

LISTA DE ABREVIATURAS

ACIU – Atraso no Crescimento Intra-uterino
AU – Aspiração Uterina
CAEP – Colégio Americano de Enfermeiras-Parteiras
c- Centígrado
cc – Centímetro cúbico
CDC – Coagulopatia de Consumo
CE – Contracepção de Emergência
CID – Coagulação Intravascular Disseminada
CIP – Confederação Internacional de Parteiras
CIPD – Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
cm – Centímetro
DCP – Desproporção Céfalo-Pélvica
DIP – Doença Inflamatória Pélvica
DPP – Data Provável do Parto
EEG - Electroencefalograma
EDTA – Ácido EtilenoDiaminoTetraAcético
EV – Endovenosa
g – Grama
HAP – Hemorragia Antes do Parto
Hg - Mercúrio
HPP – Hemorragia Pós-Parto
IM – Intra-muscular
IPAS – ONG internacional que desenvolve o seu trabalho na área da protecção da saúde das mulheres e na promoção dos seus direitos sexuais
IST – Infecção Sexualmente Transmitida
ITU – Infecção do Tracto Urinário
Kg - Quilograma
Km – Quilómetro
LCR – Líquido céfalo-raquidiano
mg – Miligrama
MIU – Morte Intra-uterina

mm Hg – Milímetros de Mercúrio
n.º - Número
OMS – Organização Mundial de Saúde
PCE – Pílula Contraceptiva de Emergência
PEV – Perfusão Endovenosa
PF – Planejamento Familiar
ph – Grau de Acidez ou Alcalinidade de um Fluido
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO – “*per os*”, administração por via oral
PPM – Pulsações por Minuto
PPTP – Paragem na Progressão do Trabalho de Parto
PVN – Parto Vaginal Normal
Rh - Rhesus
RMM – Rácio de Mortalidade Materna
RMP – Remoção Manual da Placenta
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TAC – Tomografia Axial Computorizada
TP – Tuberculose Pulmonar
TPR – Temperatura, Pulsação e Respiração
TT - Toxóide Tetânico
TVP – Trombose Venosa Profunda
UI – Unidades Internacionais
UM – Última Menstruação
UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas, para o VIH/SIDA
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para as Crianças
UNFPA – Fundo das Nações Unidas para as Populações
UPM – Último Período Menstrual
VHB – Vírus da Hepatite B
VHC – Vírus da Hepatite C
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

INTRODUÇÃO

Estima-se que anualmente ocorrem 600 000 mortes maternas, 99% das quais nos países em desenvolvimento, o que representa 80 000 mortes a mais que estimativas anteriores. Nos países em desenvolvimento, a mortalidade materna varia entre 190 por 100 000 nados vivos na América Latina e Caraíbas e 870 por 100 000 em África. Na África Ocidental e Oriental, encontram-se rácios de mortalidade materna de mais de 1000 por 100 000. Pelo menos 7 milhões de mulheres que sobrevivem ao parto sofrem problemas de saúde graves, e mais de 50 milhões ficam com sequelas. Mais uma vez, a maioria destas sequelas ocorrem em países em desenvolvimento.

Para apoiar a actualização das competências obstétricas, de modo a que os países possam dar resposta a esta situação, fortalecendo os serviços maternos e neonatais, foram desenvolvidos, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), uma série de módulos de formação em obstetrícia. A necessidade destes módulos foi identificada no seminário pré-congresso sobre Educação de Parteiras: “Acção para um Maternidade Segura”, ocorrido em Kobe, Japão, em 1990, que contou com a presença de parteiras e professores de todo o mundo, sob o patrocínio conjunto da OMS, da Confederação Internacional das Parteiras (CIP) e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF). O quadro de referência para a educação em enfermagem obstétrica, desenvolvido no seminário, constitui a base dos módulos.

Os módulos, inicialmente destinados a programas de formação em serviço de parteiras e enfermeiras obstetras, podem também ser utilizados em programas básicos e pós-básicos de formação em obstetrícia. Adicionalmente, podem ser utilizados para a actualização das competências em obstetrícia de outros profissionais de saúde e professores de obstetrícia. Contudo, é importante realçar que não têm como objectivo substituir os livros de texto de obstetrícia que focam outros aspectos dos cuidados necessários durante a gravidez e o parto, mas pretendem servir como base do ensino de parteiras e formadores em obstetrícia de modo a responder, adequadamente, às principais causas de mortalidade materna como a hemorragia, a paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. Os módulos podem, também, ser utilizados para a actualização das competências dos professores de obstetrícia.

Os módulos pretendem ajudar as parteiras a tornarem-se capazes de pensar criticamente e tomar decisões clínicas com base em conhecimentos sólidos e compreensão destas áreas. No entanto, presume-se que as parteiras e os formadores de parteiras, que sejam treinados utilizando os módulos, possuam competências básicas como a medição da tensão arterial, realização de exame vaginal e assistência a parto eutócico uma vez que, quando se utilizam os módulos em programas básicos de obstetrícia, estas competências devem ser ensinadas primeiro.

Uma variedade de outras competências estão incluídas nos módulos, por serem essenciais para a prática clínica compreensiva da obstetrícia. Em alguns países algumas destas competências podem não fazer parte da prática clínica de enfermagem obstétrica e serem entendidas, de facto, como responsabilidade do médico e não da parteira. No entanto, os módulos foram desenvolvidos com base na presunção de que, para além das competências básicas de obstetrícia, as parteiras necessitam também de uma série de competências suplementares que as capacitem para uma significativa contribuição na redução da mortalidade materna e para a promoção de uma maternidade segura.

Na edição original, de 1996, existiam cinco módulos. Recentemente foi adicionado um módulo sobre aborto incompleto. Os módulos foram actualizados em 2001-2002, de acordo com as mais recentes evidências e com as orientações da OMS “*Managing Complications in Pregnancy and Childbirths: a guide for midwives and doctors*”.

Os cinco módulos originais incluem um módulo básico que aborda o papel da parteira na comunidade e quatro módulos técnicos que cobrem a hemorragia pós-parto (HPP), o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto, a sépsis puerperal e a eclâmpsia. O módulo sobre aborto, é o sexto da série. Estima-se que o módulo básico requeira aproximadamente duas semanas para ser ensinado e os módulos técnicos aproximadamente uma a duas semanas, dependendo de factores tais como as necessidades de aprendizagem, as capacidades dos alunos e os recursos de ensino-aprendizagem disponíveis.

Cada um dos módulos pode ser ensinado independentemente dos outros, no entanto, os módulos complementam-se porque, em conjunto, representam uma abordagem compreensiva da gestão das maiores causas de mortalidade e morbilidade materna. É, pois aconselhável, utilizar os módulos de uma forma que possibilite que as parteiras trabalhem sobre todos eles.

Os módulos são acompanhados de notas, que estão compiladas num único documento. Têm como objectivo serem usadas no processo de aprendizagem e, mais tarde, como fonte de referência.

Todas as competências abrangidas pelos módulos são necessárias para que as parteiras sejam efectivas na prestação de cuidados, imediatos e adequados, a mulheres com complicações da gravidez e do parto. Estas competências estão consonantes com a definição internacional de Assistente Competente¹ na gravidez, parto e cuidados pós-natais. No entanto, em alguns países as parteiras podem não estar autorizadas, legalmente, a praticar todas essas competências pelo que, nestes casos, os módulos deverão ser adaptados às regulamentações locais relativas à prática clínica obstétrica, enquanto que, ao mesmo tempo, devem ser desenvolvidos esforços no sentido de introduzir mudanças legislativas que permitam a prática clínica dessas competências.

ESTRUTURA DOS MÓDULOS

Todos os módulos, à excepção do módulo básico, têm a mesma estrutura. O módulo básico segue uma organização um pouco diferente dos restantes. Não aborda um problema clínico específico mas o tema geral da mortalidade materna, focando os factores que contribuem para a mesma e a importância da participação comunitária no desenrolar de uma maternidade segura.

Os módulos técnicos abordam problemas clínicos específicos e seguem uma estrutura comum que começa com a introdução ao problema, seguida de sessões sobre os factores evitáveis que lhe estão associados, a identificação e a gestão do problema e a aprendizagem das competências clínicas necessárias.

As sessões, em todos os módulos, são apresentadas da seguinte forma:

Introdução à sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- Finalidade da sessão;
- Objectivos para a sessão;
- Plano da sessão, que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- Recursos necessários para conduzir a sessão.

¹ Equivalente ao “*Skilled Attendant*” na língua inglesa. Assistente competente é um profissional de saúde com competências obstétricas, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras que tenham sido treinados para acompanharem gravidezes, partos e períodos pós-parto imediatos normais e identificarem e encaminharem mulheres ou recém nascidos para ajuda especializada. (*Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*. Declaração conjunta da OMS, ICM, FIGO. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2004.)

Instruções para o professor (em letra itálica) que explicam, passo-a-passo como conduzir a sessão e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que detalham os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (ou instruções para trabalho de grupo) que contemplam orientações para actividades individuais ou de grupo.

CONTEÚDO DOS MÓDULOS

A Parteira na Comunidade

O módulo descreve a história de um caso que demonstra como determinados factores sociais, económicos e culturais, combinados com atrasos na procura de cuidados médicos colocam as mães em risco de complicações, que, muitas vezes conduzem à morte. O tema da história é então reforçado ao longo do módulo, sendo enfatizado o papel das parteiras na promoção de uma maternidade segura na comunidade.

As diferentes sessões cobrem tópicos específicos como:

- O lugar e o valor da mulher na sociedade;
- As crenças tradicionais;
- As práticas e tabus que afectam a saúde da mulher durante a gravidez e o parto;
- O reconhecimento e minimização dos factores de risco;
- O conceito de parto prolongado.

Estas sessões relacionam, quando relevante, o tema em discussão com a mortalidade materna, VIH/SIDA e maternidade segura. Sessões adicionais contemplam como fazer o diagnóstico comunitário para planeamento e avaliação de cuidados comunitários.

Hemorragia Pós-Parto

Este módulo começa com uma explicação detalhada sobre a fisiologia e gestão da terceira etapa do parto, de modo a que os alunos possam compreender genericamente a forma como ocorre a Hemorragia Pós-Parto (HPP). Aqui os alunos aprendem o que é a HPP, como ocorre, como pode ser identificada e quais os aspectos essenciais da sua abordagem clínica.

As competências específicas para prevenir e gerir a HPP incluem:

- A identificação dos factores que colocam as mulheres em risco de HPP;
- A gestão da terceira fase do trabalho de parto;
- Palpação e massagem do útero e expulsão de coágulos de sangue;
- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Sutura de lacerações perineais;
- Episiorrafia;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas; e
- Remoção manual da placenta.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Observação e registo;

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Monitorização de transfusões sanguíneas; e administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais são também incluídas noutros módulos técnicos.

Parto Prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto

Este módulo apresenta uma revisão da anatomia e fisiologia relevantes para a gestão do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto explicando o que provoca mais frequentemente o parto distócico, o que ocorre neste tipo de parto e como podem ser identificados os sinais de parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto assim como os aspectos essenciais da sua abordagem clínica. É dado especial ênfase ao uso do partograma na avaliação do trabalho de parto.

As competências específicas para prevenir e gerir o parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto incluem:

- Identificação dos factores de risco;
- Avaliação da capacidade pélvica;
- Diagnóstico da apresentação e posição do feto;
- Avaliação da descida da cabeça fetal;
- Reconhecimento do parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto.

As competências gerais deste módulo incluem:

- Cateterismo urinário;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica; e
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico.

Sépsis Puerperal

Este módulo apresenta uma explicação sobre a sépsis puerperal e os factores que contribuem para tal, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e como pode ser tratada e, ainda, uma sessão sobre o VIH e SIDA em mulheres grávidas.

As competências específicas para prevenir e tratar a sépsis puerperal incluem:

- Identificação de factores de risco;
- Identificação de sinais e sintomas;
- Colheita de urina pelo método do jacto intermédio;
- Realização de uma zangaratoa vaginal alta; e
- Manutenção da higiene vulvar.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Manutenção do balanço hidroelectrolítico;
- Administração de terapêutica;
- Prevenção de problemas trombo-embólicos;
- “Precauções Universais” na prevenção da infecção; e
- Utilização de planos de cuidados.

Eclâmpsia

Este módulo apresenta uma explicação sobre a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia e os factores que contribuem para este problema, como pode ser identificada e diferenciada de outras condições, como pode ser prevenida e tratada.

As competências específicas para prevenir e tratar a eclâmpsia incluem:

- Identificação dos factores de risco de pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Observações de obstetrícia e de enfermagem; e
- Cuidados e observações durante uma convulsão.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração de terapêutica;
- Cateterismo urinário; e
- Prevenção de problemas trombo-embólicos.

Aborto incompleto

O módulo começa com uma revisão sobre o contexto do aborto, seguindo-se uma explicação sobre o mesmo, incluindo os diferentes tipos, os efeitos do aborto na morbidade e mortalidade materna, prevenção da gravidez não desejada, leis e regulamentos relacionados com o aborto, perspectivas socio-culturais e religiosas e o papel das parteiras nos cuidados abortivos, com ênfase particular nos cuidados abortivos urgentes. Posteriormente, são também abordados os factores que contribuem para o aborto, como podem ser identificados e diferenciados de outras condições, como pode ser prevenido e, se ocorrer, como pode ser tratado.

As competências específicas para tratar as mulheres pós-aborto incluem:

- Aspiração uterina; e
- Aconselhamento e métodos de planeamento familiar pós-aborto.

Também são contempladas as competências seguintes, porque podem ser necessárias, que também são descritas no módulo da HPP,

- Aplicação de compressão bimanual do útero;
- Aplicação de compressão manual na aorta;
- Reparação de lacerações do colo uterino e vaginais altas.

As competências gerais contempladas neste módulo incluem:

- Observação e registo;
- Colheita de sangue para análise;
- Preparação, administração e monitorização de soluções endovenosas;
- Administração e monitorização de transfusões sanguíneas; e
- Administração de terapêutica.

Algumas destas competências gerais estão também incluídas nos outros módulos técnicos.

CD-ROM

Existe também um CD-ROM para cada módulo com todos os conteúdos técnicos dos manuais. Os professores podem usar este CD-ROM como um guia para prepararem as suas aulas.

MÉTODOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Os módulos propõem uma série de métodos de ensino-aprendizagem desenhados para maximizarem o envolvimento do aluno no processo de ensino-aprendizagem. Nos módulos, é enfatizada a aplicação da teoria à prática clínica, sendo o tempo dispendido na área clínica e as visitas à comunidade uma parte essencial do processo de ensino-aprendizagem.

Exposições

As exposições são utilizadas para apresentar informação nova ou para rever os conteúdos já ministrados aos alunos. Os módulos incluem uma variedade de materiais visuais para o professor utilizar de modo a tornar as exposições interessantes.

O professor pode aumentar o conteúdo das exposições dos módulos com informação de outras fontes ou, simplesmente, seguir o esquema fornecido. Em ambos os casos é importante preparar previamente cada exposição lendo os conteúdos relevantes e os materiais de referência e assegurar que os recursos para os alunos, se necessário, estarão disponíveis.

Discussões

É importante prever tempo para discussão de determinados aspectos durante ou na conclusão das sessões. Tal proporcionará oportunidade aos alunos de colocarem questões sobre dúvidas que tenham e contribuirá para o seu conhecimento e experiência. Por outro lado, permitirá que o professor avalie as opiniões, o nível de conhecimento e a compreensão dos alunos.

Trabalho de Grupo e Feedback

Muitas das sessões dos módulos envolvem trabalho de grupo seguido, habitualmente, de uma sessão onde é dado a conhecer à turma o resultado do trabalho. Os grupos devem ser o mais pequenos possível (preferencialmente até 6 estudantes por grupo) de modo a que os alunos se debrucem sobre um assunto específico ou problema. É importante assegurar também que existe espaço suficiente para os grupos se reunirem sem se perturbarem uns aos outros. Cada grupo irá precisar de um dinamizador que será responsável por manter a discussão e assegurar que o grupo complete o trabalho. Adicionalmente, cada grupo precisará de um relator que tomará notas e dará o feedback à turma. As instruções específicas são dadas nas sessões que envolvem trabalho de grupo.

Tutorias

As tutorias são reuniões entre o professor e um aluno ou grupo de alunos e são importantes para a discussão do percurso do aluno. Habitualmente, são realizadas após uma actividade de aprendizagem específica, dando aos alunos a oportunidade para exprimir as suas preocupações e, simultaneamente, permitem ao professor conhecer melhor cada aluno, relativamente ao progresso feito. Todos os módulos contam com tutorias em algumas sessões.

Exercícios Práticos

Os exercícios práticos permitem que os alunos demonstrem o seu conhecimento e competências relativamente a um tópico específico. É importante, nestas situações, dar instruções claras sobre os exercícios a serem realizados e monitorizar os progressos providenciando ajuda sempre que necessário. Os módulos básico, HPP, parto prolongado e paragem na progressão do trabalho de parto e aborto incompleto incluem exercícios práticos.

Visitas Comunitárias

As visitas comunitárias pretendem ser experiências instrutivas e agradáveis para os alunos. O módulo básico inclui uma série destas visitas com o objectivo de ajudar os alunos a compreenderem a forma como os conceitos deste módulo se aplicam na comunidade. No entanto, as visitas comunitárias devem ser planeadas e organizadas com antecedência, incluindo a escolha de uma comunidade apropriada e o contacto com uma pessoa de referência que possa facilitar a implementação das actividades na comunidade.

O professor pode organizar as visitas comunitárias de modo a que sejam feitas em dias consecutivos em vez de nos intervalos sugeridos. Se esta alteração for feita, será importante assegurar que não interfere com os objectivos de aprendizagem das sessões e do módulo, como um todo.

As visitas aos contextos clínicos para ensino clínico devem, também, ser bem preparadas com o pessoal das instituições. Os professores e os alunos devem ser facilmente identificáveis e agir de forma profissional mantendo a confidencialidade, privacidade e dignidade da observada e assegurarem-se que obtêm o consentimento da mulher antes de executarem qualquer intervenção clínica.

Ensino clínico

O ensino clínico é extremamente importante nos módulos técnicos, dado que as competências que os alunos adquirem podem fazer a diferença entre a vida e a morte das mulheres que cuidam, a teoria subjacente a cada competência abordada nos módulos deve ser ensinada em sala de aula e a própria competência deve ser ensinada, em ambiente criado, igualmente, em sala de aula, antes do ensino clínico. As instalações, onde decorrerá a prática clínica, devem ser escolhidas assegurando, antecipadamente, que se encontrarão mulheres com os problemas incluídos nos módulos. Contudo, e mesmo que bem planeado, não será possível garantir a todos os alunos a oportunidade de exercer todas as competências práticas. Assim, será importante considerar oportunidades para os alunos adquirirem a experiência clínica apropriada após o final do curso.

Os contactos com o pessoal das instituições de saúde, onde decorrerá o ensino clínico deverão ser feitos antecipadamente. Para além disso, as visitas dos alunos a estas instituições para fins de prática clínica não devem perturbar as rotinas de cuidados aos doentes. Quando os alunos estão a aprender competências práticas devem ser supervisionados pelo professor ou por outra parteira com formação adequada e experiente.

Dramatizações e Representações

As dramatizações e representações devem ser utilizadas para realçar os pontos apresentados pelo professor. Em ambos os casos, é pedido aos alunos para agirem numa situação real ou imaginária. Na dramatização, os alunos inventam os seus próprios personagens e, até certo ponto, a sua história de modo a ilustrar um aspecto em especial. Na representação os alunos assumem o papel de determinados indivíduos como a parteira, o líder da aldeia, o parente ansioso ou a mãe preocupada. Tal permite que o aluno compreenda as situações e problemas na perspectiva do outro. As dramatizações e representações são incluídas, em vários módulos, como actividades opcionais.

Estudos de Caso

Os módulos técnicos permitem que os alunos apresentem estudos de caso que avaliem a efectividade dos cuidados em situações específicas. Assim, os alunos poderão aprender com as suas próprias experiências assim como com as dos outros. O objectivo dos estudos de caso não é criticar a prática clínica dos outros mas sim encorajar os alunos a olharem para as práticas anteriores e retirarem lições para o futuro. Os estudos de caso devem ser baseados em registos das mulheres de modo a demonstrar a gestão de determinadas condições (por exemplo, aborto incompleto, sépsis puerperal, eclâmpsia, etc). O anonimato da mulher deve ser mantido ao longo da apresentação dos estudos de caso.

Jogos e Puzzles Didácticos

Os jogos e puzzles didácticos são meios interactivos e que permitem a aquisição de novos conhecimentos e revisão e consolidação dos conhecimentos existentes. Os jogos e puzzles didácticos dos módulos serão novos para os professores que os utilizarem e, por isso, é importante que se familiarizem antecipadamente. Mais especificamente, é necessário que o professor seja capaz de explicar claramente aos alunos como os utilizar e avaliar os progressos feitos durante as actividades em que são usados.

Seminários

Um seminário é uma actividade sobre um dado tema, planeada para determinado período, normalmente com apresentações de um ou mais oradores convidados. Quando os seminários são recomendados, são também sugeridos os objectivos e conteúdos. Os seminários requerem planeamento cuidadoso no que diz respeito aos conteúdos, horário e local.

Reflexão

A aprendizagem é o resultado da reflexão sobre a prática clínica. Os alunos devem, por isso, ser encorajados a reflectir sobre a sua experiência de prática clínica e a registarem estas reflexões, diariamente, num caderno. Estas podem ser utilizadas como base de discussão com o tutor e/ou pares. A estruturação da reflexão inclui a selecção de uma experiência, identificação de sentimentos e pensamentos do próprio e dos outros acerca dessa experiência e avaliação, positiva ou negativa, dessa experiência. Os alunos devem ser estimulados a analisar porque consideraram a experiência positiva e/ou negativa e a determinar o que poderia ter sido feito de modo a melhorar o resultado. Finalmente, deve ser elaborado um plano de acção para ser aplicado quando surgir uma situação semelhante. A discussão sobre as experiências registadas diariamente, em grupo ou com o professor, ajuda a que os alunos tenham várias perspectivas sobre a sua experiência. Deve ser acrescentado um sumário destas discussões aos registos diários para ser relembado posteriormente.

AVALIAÇÃO DOS ALUNOS

Pré-Testes e Testes Finais

Os pré-testes são uma ferramenta útil para determinar o nível de conhecimentos teóricos dos alunos. Para avaliar a mudança nos conhecimentos teóricos, após o ensino dos conteúdos, as questões utilizadas no teste final devem ser as mesmas do pré-teste, podem ser acrescentadas questões, quer ao pré-teste quer ao teste final. Durante o processo de ensino-aprendizagem, devem ser aplicadas outras medidas de avaliação (ver a seguir), especialmente para determinar os progressos feitos por cada aluno, ao longo do curso. Os exemplos de pré-teste e teste final estão incluídos em cada um dos módulos técnicos.

Avaliação das Competências Clínicas

A avaliação das competências clínicas constitui a maior componente avaliativa dos módulos técnicos. Ao longo das sessões que envolvem o ensino de competências clínicas existem secções intituladas: “Avaliação”. Estas detalham orientações para a avaliação de competências clínicas dos alunos. Sempre que possível, o professor deve observar o desempenho do aluno, contudo, tal pode não ser possível na ausência de mulheres com os problemas estudados. Nestas circunstâncias, o professor deve simular situações que ofereçam oportunidade para os alunos praticarem e serem avaliados relativamente às competências mais relevantes. No entanto, devem ser feitos todos os esforços para dar aos alunos oportunidades para praticarem e serem avaliados num contexto clínico.

Outras Opções de Avaliação

As outras opções de avaliação surgem durante a realização de trabalhos de grupo, tutorias, seminários do aluno, jogos e puzzles didácticos e questões colocadas durante as visitas comunitárias. Estas actividades constituem oportunidades vitais para o professor avaliar o progresso dos alunos na prossecução dos objectivos de aprendizagem de cada sessão do módulo.

PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES DE SEGUIMENTO

Uma prática clínica obstétrica compreensiva baseia-se na experiência e no conhecimento e é esta experiência que os alunos adquirem quando voltarem aos locais de trabalho e aplicarem o que aprenderam à sua prática clínica diária.

É precisamente quando colocam em prática os conhecimentos e as competências que as parteiras se deparam com situações que podem levantar questões. Podem existir assuntos e problemas que gostariam de discutir com os supervisores e profissionais mais experientes de modo a encontrar soluções e melhorar a prática clínica. Isto pode aplicar-se especialmente às parteiras e enfermeiras obstetras que, no fim deste curso, ainda necessitem de experiência prática para desenvolverem as competências clínicas incluídas nos módulos.

Uma reunião de seguimento, por exemplo, seis meses após o fim do curso, poderá ser importante para capacitar os alunos para a partilha de experiências, relato de sucessos, revisão dos progressos e discussão de problemas relacionados com a prática clínica. Pode também ser adequado a realização de outras reuniões de seguimento, anuais, após o fim do curso.

Dada a complexidade das situações abordadas, a maternidade segura não pode ser alcançada de um dia para o outro. No entanto, e dado ser possível identificar, claramente, as intervenções necessárias, a maternidade segura é algo que se pode alcançar à medida que os alunos deste curso se integram como profissionais competentes nos serviços e comunidades.

SUMÁRIO DO MÓDULO

Sessão	Métodos de ensino-aprendizagem	Carga Horária
1. PORQUE MORREU A D. ^a X?	Vídeo ou contar história	30 minutos
2. EXISTEM D. ^{as} X NA NOSSA COMUNIDADE	Visita comunitária	1 dia
3. COMPROMISSO PARA COM UMA MATERNIDADE SEGURA	Trabalho de grupo Feedback e discussão	1 hora 1 hora
4. SEGUINDO OS PASSOS DA D. ^a X	Jogo didático Tutoria	1 ½ hora por grupo pequeno de alunos
5. A POSIÇÃO E O VALOR DAS MULHERES	Discussão	1 hora
6. PROMOÇÃO DE UMA MATERNIDADE SEGURA COM BASE NOS DIREITOS HUMANOS	Exposição Trabalho de grupo	1 hora 1 ½ horas
7. CRENÇAS, TRADIÇÕES E TABUS	Encontro Visita comunitária Discussão	½ hora 1 dia 2 horas
8. RECONHECER, ENCAMINHAR E REDUZIR O RISCO	Exposição Trabalho de grupo Visita comunitária Tutoria	45 minutos 2 horas ½ dia 1 hora por grupo
9. ATRASOS SIGNIFICAM MORTE	Exposição, contar história e/ou representação Trabalho de grupo	1 hora 1 hora
10. VIH/SIDA E MATERNIDADE SEGURA	Exposição Trabalho de grupo, feedback e discussão	1 ½ horas 1 ½ horas
11. INTRODUÇÃO AO PERFIL COMUNITÁRIO	Exposição Exercícios práticos Discussão de grupo Tutorias de pequenos grupos Visita comunitária	1 ½ horas 1 ½ horas 1 ½ horas 2 horas Vários dias
12. AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS MATERNOS NA COMUNIDADE	Trabalho de grupo, discussão	2 horas

COMEÇAR

Antes de começar a Sessão 1, relembre o modo de apresentação das sessões:

Introdução à Sessão (numa caixa sombreada a cinzento) que descreve:

- **Finalidades** - A finalidade da Sessão;
- **Objectivo** - Os objectivos da Sessão;
- **Plano** - Plano da Sessão que pode incluir os métodos de ensino e o tempo proposto;
- **Recursos** - Os recursos necessários.

Instruções para o professor (em itálico) que explica como conduzir a Sessão, passo-a-passo e, por vezes, sugerem métodos de avaliação.

Material suplementar para o professor (em letra normal) que fornece detalhes sobre os conteúdos teóricos e práticos de ensino.

“Instruções para os alunos” (referidas como “Instruções para os alunos” ou “Instruções para o trabalho de grupo”) que fornecem orientações para actividades individuais ou de grupo.

Outros pontos importantes a considerar antes de começar:

- A carga horária indicada no plano da Sessão pode ser alterada pelo professor de acordo com a necessidade. A carga horária necessária para cada actividade pode ser maior ou menor do que é especificado no plano, dependendo dos conhecimentos e capacidades dos alunos, e das suas necessidades de aprendizagem. Estima-se que este módulo requeira 2 semanas para ser leccionado.
- Assegure-se que os apontamentos para os alunos, que deseja distribuir, são preparados com antecedência e estão disponíveis no início do módulo ou da Sessão.
- Se preparou pré-testes e testes finais consulte o anexo no final deste módulo antes da primeira Sessão do módulo.
- Lembre-se que este módulo, assim como os outros módulos técnicos, não tem como objectivo substituir os livros de texto sobre obstetrícia. Deve, deste modo, ter pelo menos um como referência ao longo desta e das restantes sessões do módulo.

1. PORQUE MORREU A D.^a X?

SESSÃO 1

PORQUE MORREU A D.^a X?

FINALIDADE

Capacitar os alunos para reflectirem nos factores que tornam a morte materna mais provável e considerarem a forma como estes podem ser removidos ou reduzidos nas suas localidades através de cuidados comunitários mais efectivos.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 1 os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar os factores predisponentes de morte materna.
2. Discutir a importância dos cuidados comunitários relativamente à Maternidade Segura.

PLANO

Uso do vídeo, cassette áudio ou história “Porque morreu a D.^a X?”

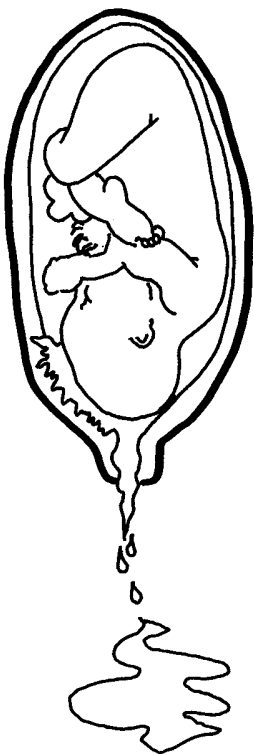
RECURSOS

O guião impresso destas notas é adaptado da história “Porque morreu a D.^a X?”. Está também disponível um vídeo na Organização Mundial de Saúde, DAS, 1211 Genebra 27, Suíça.

INTRODUÇÃO

Comece a Sessão contando a história “Porque morreu a D.^a X?”. Pode ser feito usando o vídeo ou simplesmente contando a história tal como está escrita nesta Sessão.

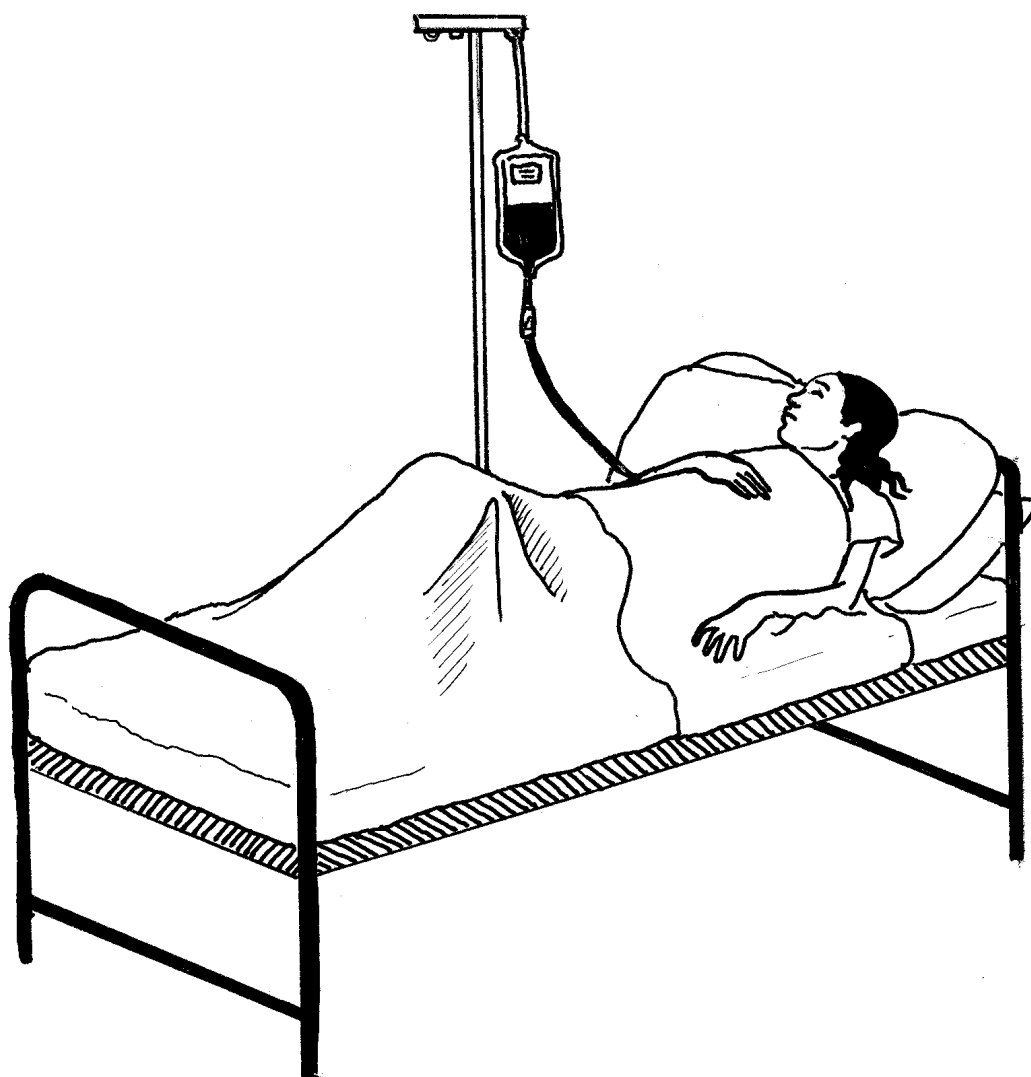
CONTAR A HISTÓRIA: PORQUE MORREU A D.^a X?



Esta é a história de um caso de morte materna. Por causa do anonimato ir-se-á chamar à mulher D.^a X.

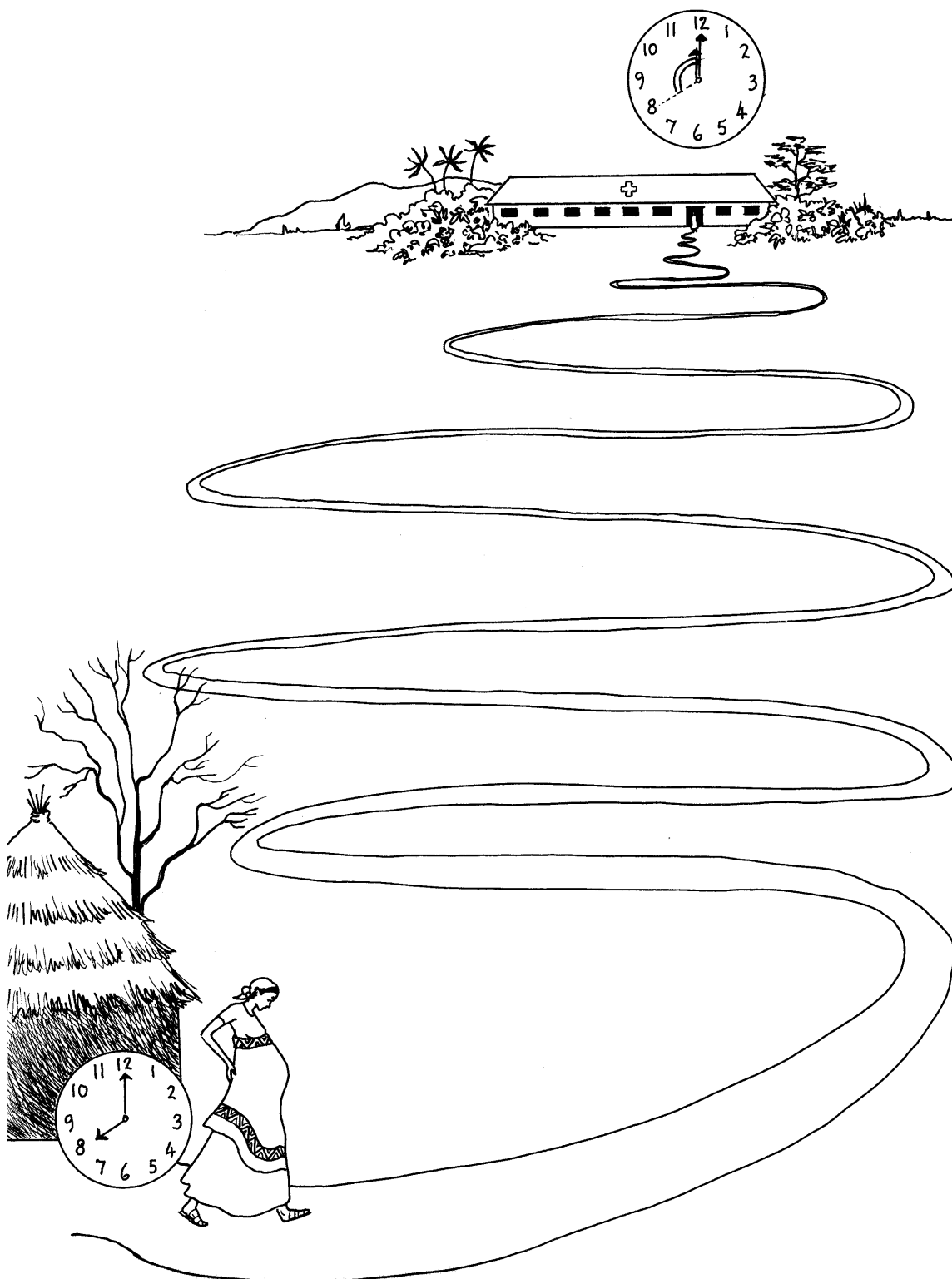
A D.^a X morreu durante o trabalho de parto num pequeno hospital distrital. O médico de serviço, não teve dúvidas acerca da causa de morte da D.^a X. Foi um diagnóstico clínico directo – um caso de Hemorragia Pós-parto (HPP) devida a placenta prévia o que significa que a placenta, estava situada inferiormente no útero. Uma mulher com esta condição irá inevitavelmente desenvolver hemorragia na última fase da gravidez ou antes do parto. O médico ficou satisfeito com o diagnóstico, consultou o livro sobre a Classificação Internacional das Doenças, registou o código correcto da condição e fechou o processo da D.^a X.

Mas as perguntas não foram correctamente respondidas e há outras pessoas que continuam à procura das respostas. Os obstetras têm uma pequena comissão que está a realizar inquéritos confidenciais sobre as causas de morte materna de acordo com os padrões desenvolvidos pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia. A comissão reuniu-se e pediu os registos hospitalares completos da D.^a X e examinou-os detalhadamente. O processo da D.^a X foi reaberto novamente.



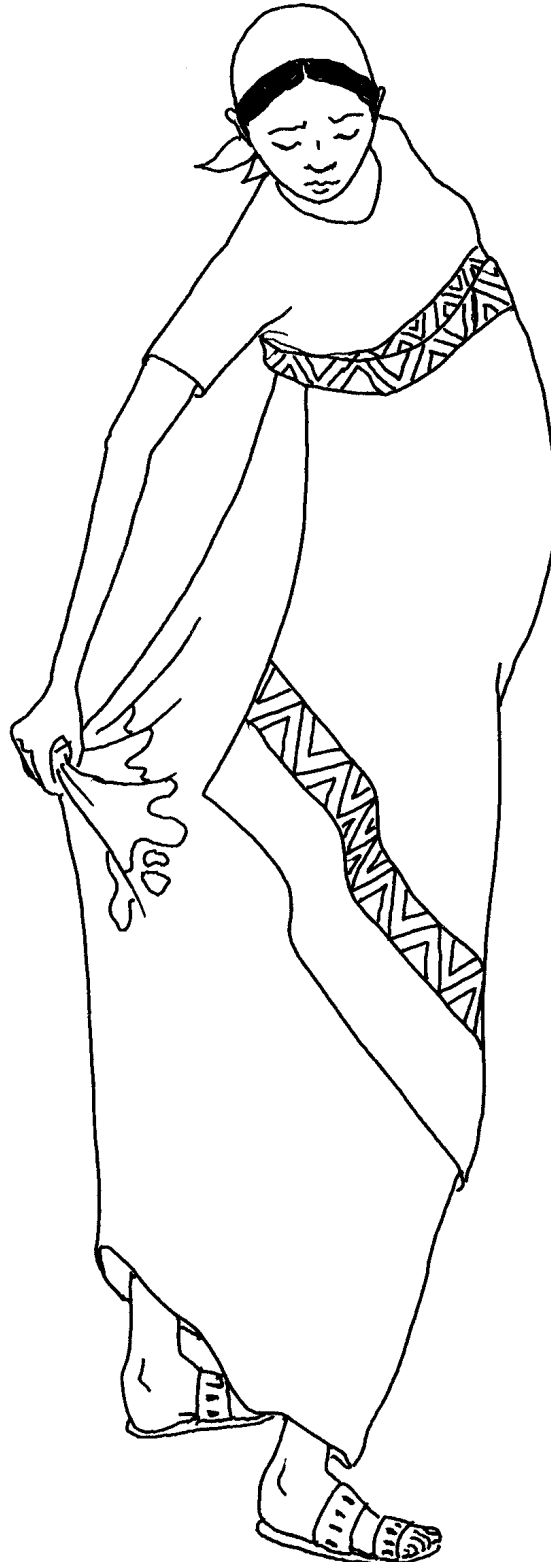
Ao ler o processo da D.^a X, a comissão encontrou dois pontos cruciais nos registos hospitalares. O primeiro dizia respeito ao facto de, apesar de ter sido admitida no hospital como um caso de hemorragia grave e em estado de choque, apenas recebeu uma transfusão de 500 cc ou 1/2 litro de sangue. Era todo o sangue que o hospital tinha disponível para lhe administrar e a quantidade era insuficiente para compensar a perda grave de sangue que tinha sofrido. O segundo ponto era que a D.^a X teve de ser submetida, no hospital, a cesariana para parar uma hemorragia. Esta intervenção foi realizada 3 horas após a admissão. A D.^a X morreu durante a intervenção.

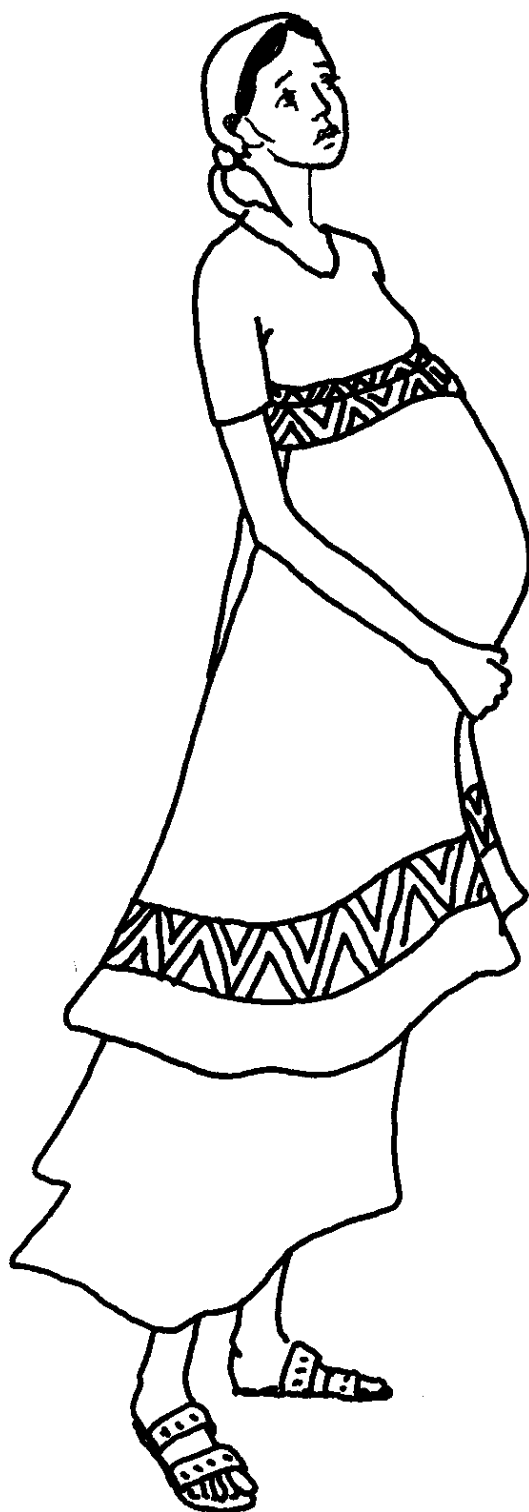
A comissão que estava a estudar o caso da D.^a X referiu que a morte da D.^a X era evitável. A comissão argumentou no relatório que se a transfusão de sangue fosse feita mais rapidamente e se o serviço estivesse melhor preparado para lidar com urgências, teria sido salva uma vida.



A D.^a X demorou quatro horas a chegar ao hospital desde que começou a sangrar severamente dado que o transporte não estava imediatamente disponível para a levar ao hospital.

Também se ficou a saber que não era a primeira vez que tinha uma hemorragia. De facto, tinha tido dois episódios menores de hemorragia durante o mesmo mês e, em ambas as ocasiões, a hemorragia tinha parado espontaneamente. Esta situação é um sinal de perigo na gravidez tardia. Indica sempre que um episódio grave de hemorragia está iminente. No entanto, a D.^a X nunca foi avisada sobre tal e não foi tomada nenhuma medida.

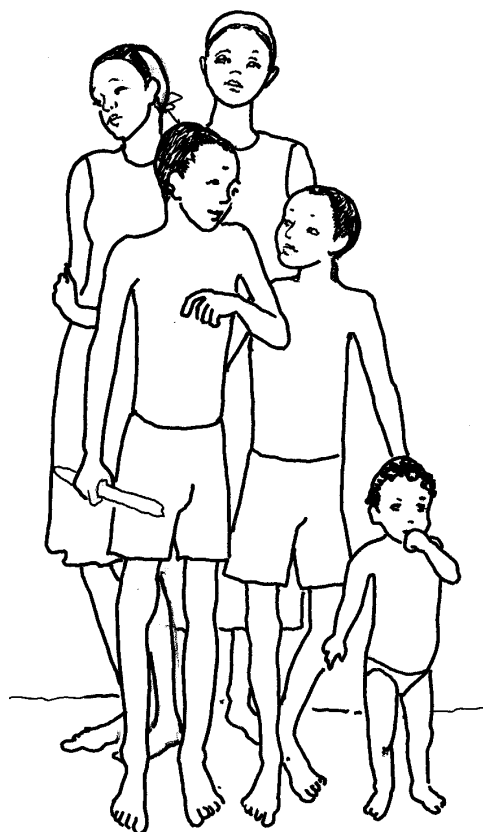




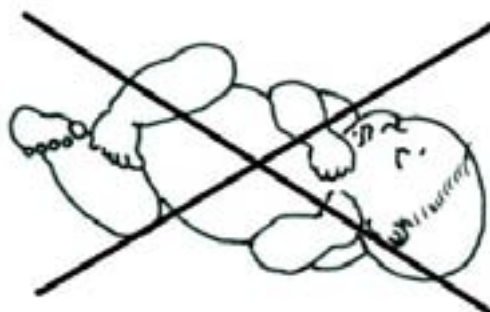
A D.^a X não era uma mulher muito saudável. Mesmo antes da gravidez sofria de anemia por deficiência crónica de ferro, devido a malnutrição e a infestações de parasitas. Esta anemia grave deve ter contribuído para o facto de não conseguir aguentar a perda grave de sangue adicional. As suas reservas de sangue já estavam num nível muito baixo.

A D.^a X não teve acesso a nenhum tipo de cuidados pré-natais durante a gravidez.

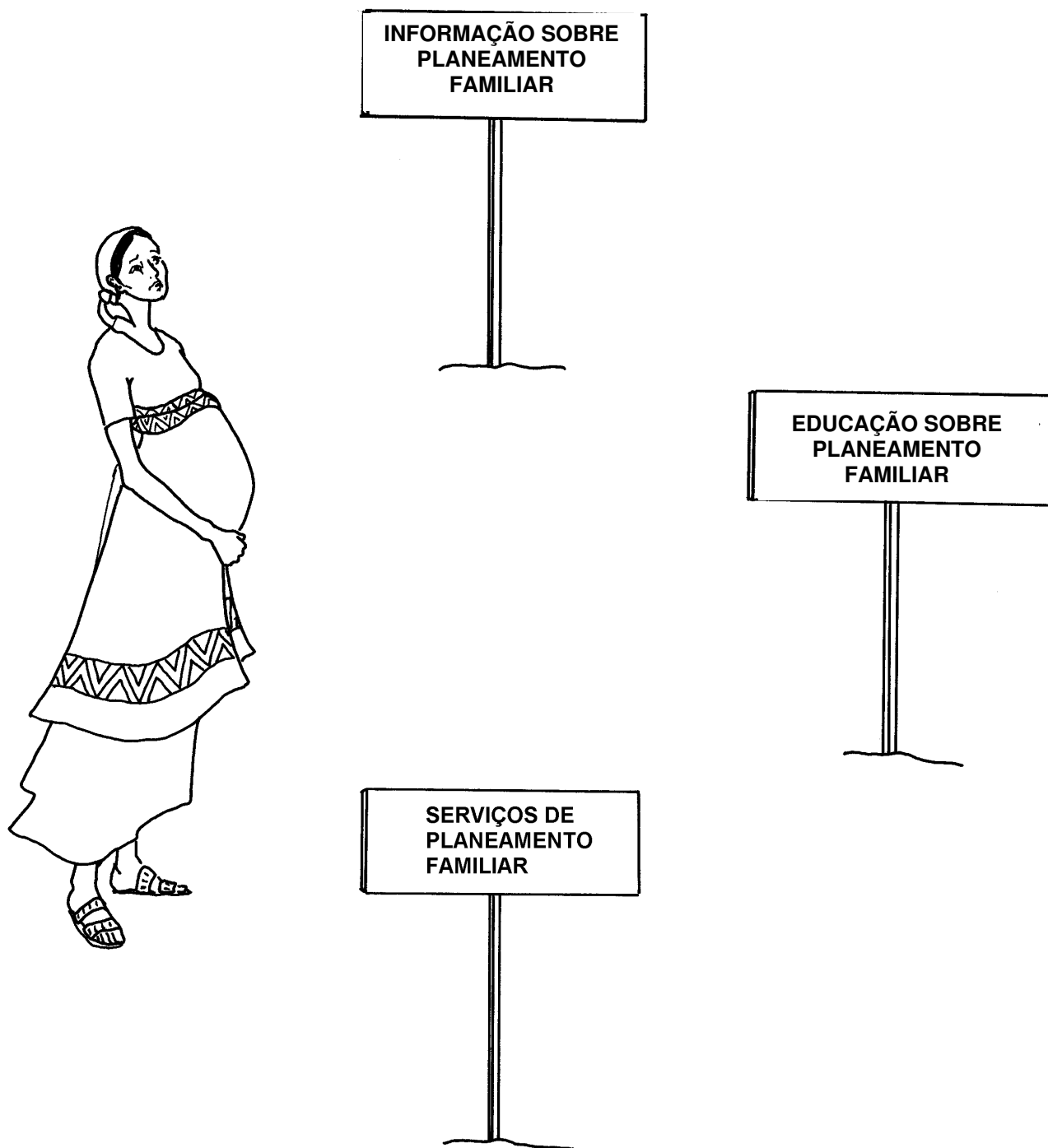
A D.^a X tinha 39 anos de idade, cinco dos seus filhos ainda estão vivos, três dos quais são do sexo masculino. Na realidade, a D.^a X não queria outra criança.



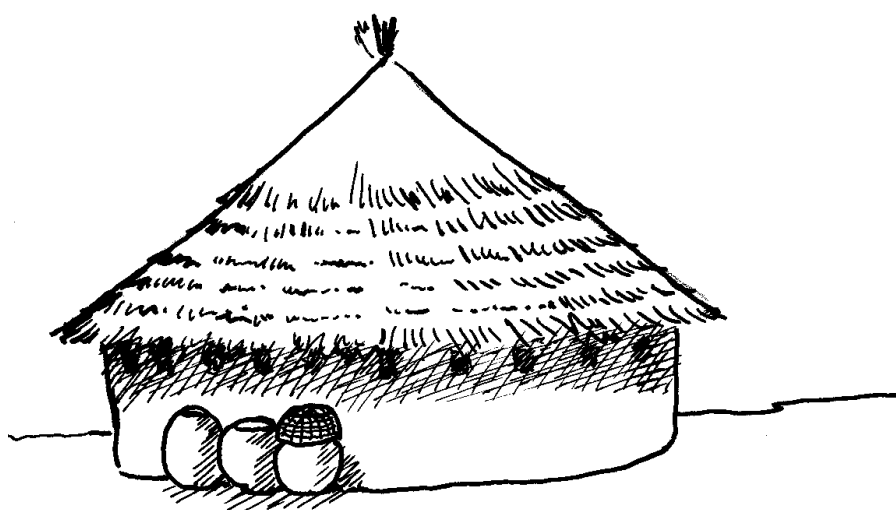
Adicionalmente, e por causa da sua idade e paridade, a gravidez tinha um risco muito maior que as anteriores.



A D.^a X nunca teve acesso a qualquer informação, educação ou serviços de planeamento familiar e nunca, na sua vida, usou um método de planeamento familiar.

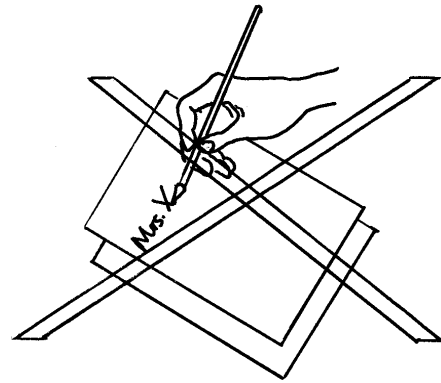
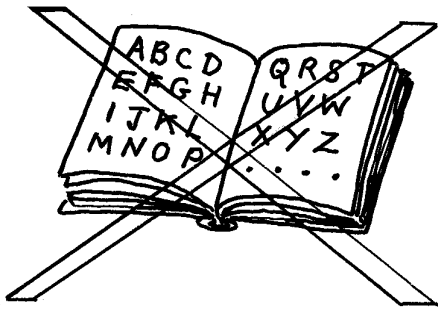


Se esta gravidez não desejada não tivesse ocorrido, a D.^a X não teria morrido da causa que morreu.



A D.^a X era dona de casa e o seu marido um pobre trabalhador agrícola.





Ela era uma mulher iletrada e vivia com o marido numa aldeia remota.



Uma mulher da posição socio-económica da D.^a X tem um risco relativo de mortalidade materna:

Cinco vezes superior à média do seu país;



Dez vezes superior ao de uma mulher numa posição socio-económica mais elevada no seu país;



Cem vezes superior ao de uma mulher de um país desenvolvido.

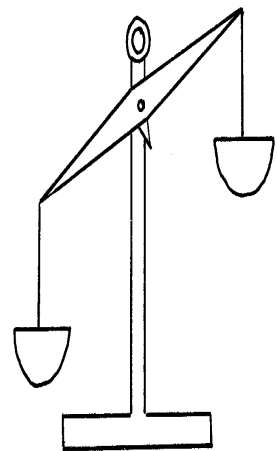
O motivo principal da morte da D.^a X prende-se com a sua posição socio-económica:

A D.^a X morreu devido a pobreza;



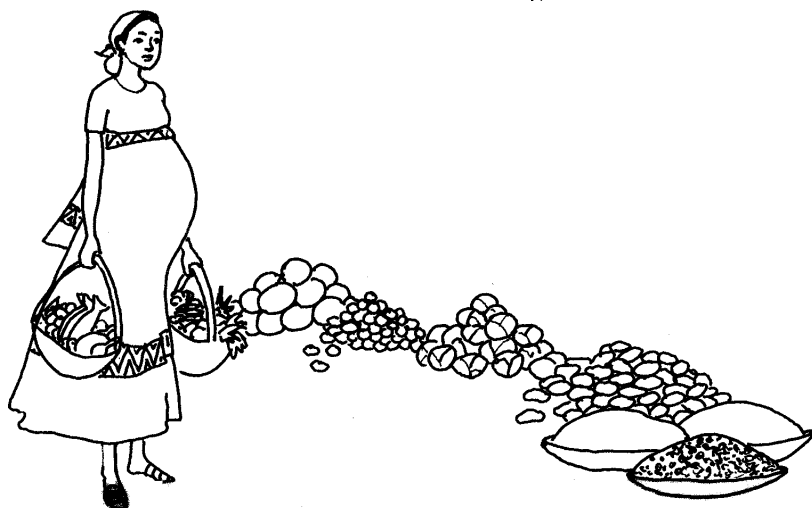
A D.^a X morreu de falta de conhecimento e informação;

A D.^a X morreu de injustiça social.



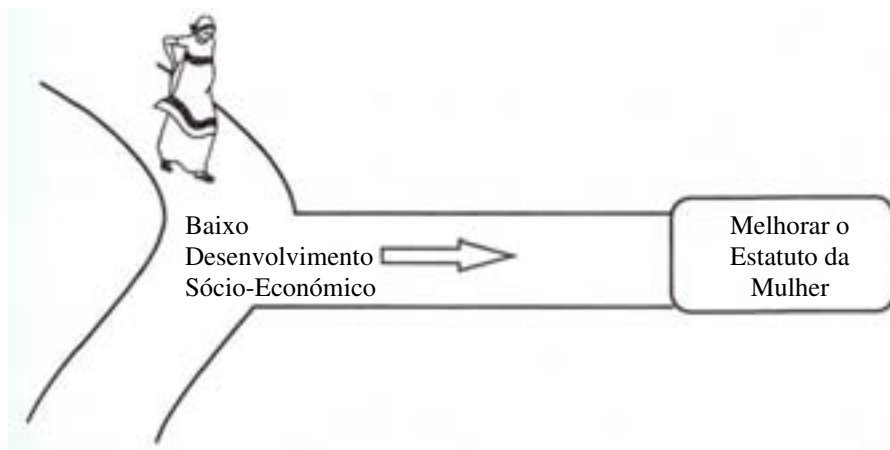


Se a D.^a X tivesse sido uma mulher escolarizada, se estivesse empregada e se tivesse a sua quota parte de nutrição na sociedade, o seu risco de morrer teria sido muito menor.



É claro que existem diferentes perspectivas sobre as causas de mortalidade materna. Para responder apropriadamente à pergunta “Porque é que a D.^a X ou outras D.^a Xs morreram?” é necessário ter em conta todas as perspectivas em consideração. Por outras palavras, é necessário reconstruir a história da D.^a X.

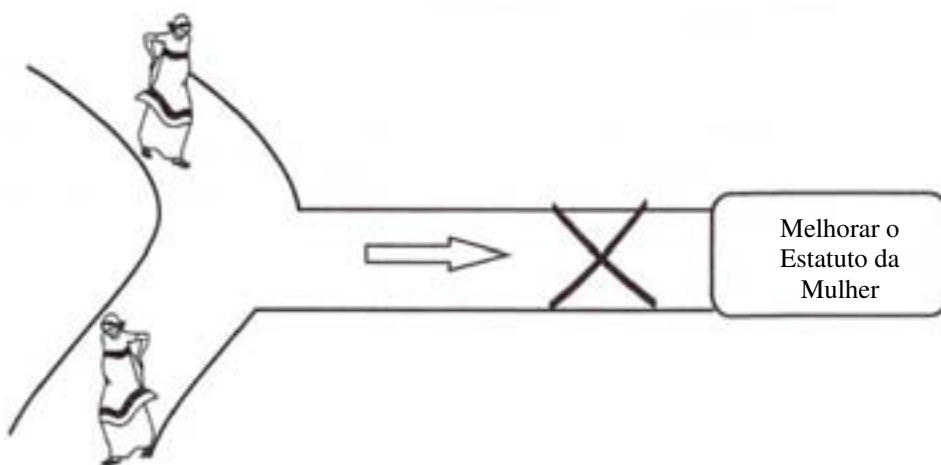
É preciso percorrer os passos da D.^a X ao longo daquilo que se pode descrever como o Caminho para a Mortalidade Materna.



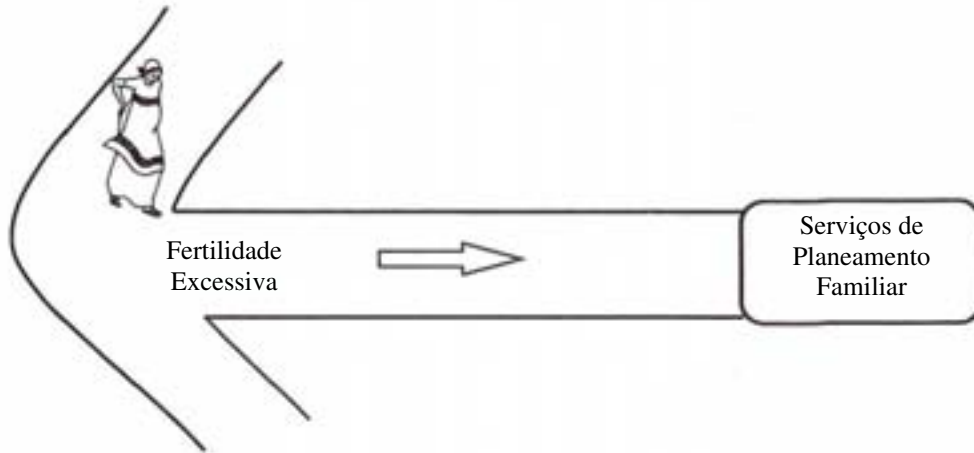
A D.^a X enveredou involuntariamente pelo Caminho para a Mortalidade Materna. Foi levada a iniciar o caminho devido ao baixo desenvolvimento socio-económico da comunidade em que nasceu e onde viveu. No entanto, não é só o nível geral de desenvolvimento socio-económico que importa. Ainda mais importante é a equidade com que os benefícios do desenvolvimento socio-económico estão disponíveis para os membros da comunidade. Como mulher, a D.^a X não teve uma parte igual dos poucos benefícios do desenvolvimento socio-económico disponíveis na sua comunidade.

Neste ponto do Caminho para a Mortalidade Materna havia uma saída para a D.^a X.

- Se a D.^a X tivesse tido a oportunidade de ter alguma educação, emprego remunerado, ou nutrição adequada provavelmente teria encontrado a saída do Caminho para a Mortalidade Materna. Infelizmente, essa saída não estava disponível para a D.^a X e ela continuou ao longo do caminho.



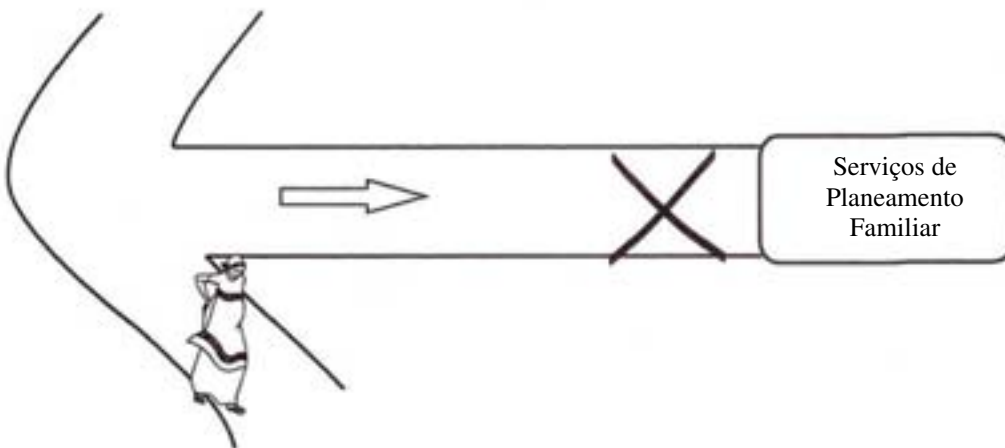
Para a D.^a X, a próxima etapa do caminho foi a fertilidade excessiva.



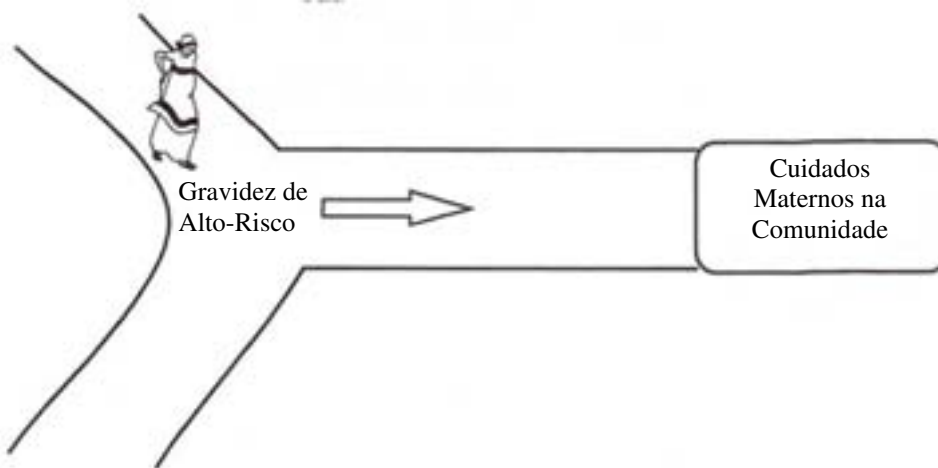
A sua fertilidade, as suas gravidezes, foram as únicas contribuições válidas para a sociedade em que viveu. As crianças foram os únicos bens que podia produzir e fazer nascer. O seu estatuto de mulher na comunidade dependia completamente do seu papel como mãe. A fertilidade excessiva não só aumentava as suas hipóteses de avançar no Caminho para a Mortalidade Materna como, devido à idade avançada e à paridade o risco durante a gravidez e o parto era mais elevado.

Ainda assim, nesta etapa do Caminho para a Mortalidade Materna havia uma saída.

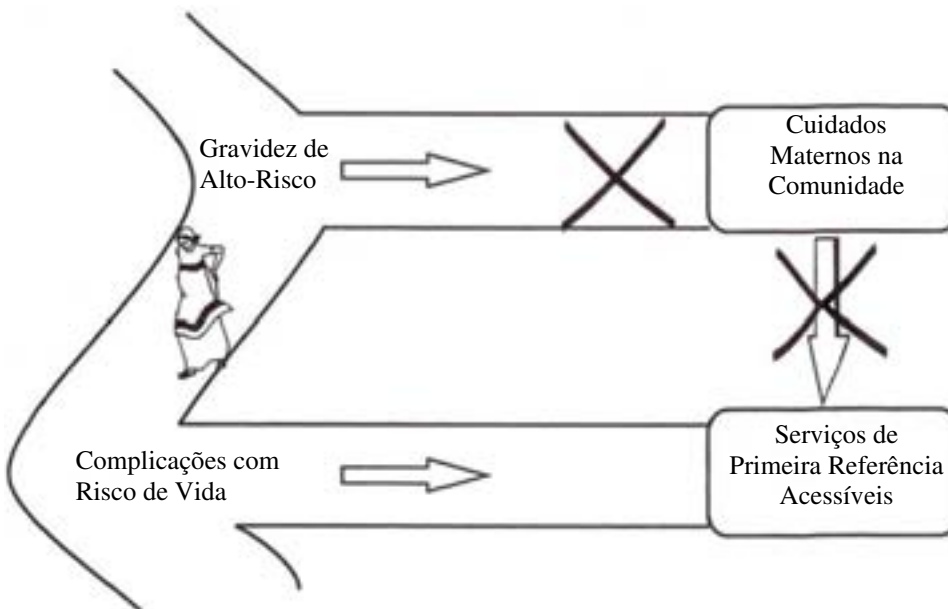
- Se a D.^a X tivesse tido acesso à informação, educação e serviços de planeamento familiar podia ter encontrado a saída deste perigoso caminho. Esta saída foi negada à D.^a X que teve de continuar a marcha ao longo deste caminho.



Agora, por causa da sua idade avançada, da elevada paridade, da malnutrição, da anemia grave, a D.^a X pertence a uma categoria obstétrica – a categoria da gravidez de alto risco. Por gravidez de alto risco entende-se um pequeno grupo de mulheres que têm quase todas as complicações. Era este o estado em que a D.^a X se encontrava. No entanto, mesmo neste estado havia uma saída.



Se os serviços maternos comunitários fossem acessíveis para a D.^a X a sua categoria de gravidez de alto risco teria sido detectada por rastreios simples, a anemia corrigida e os sinais de aviso, como os episódios de hemorragia, correctamente identificados o que levaria ao encaminhamento para o hospital mais próximo, na altura apropriada e enquanto ainda estava em bom estado. Esta saída não estava aberta para a D.^a X e ela teve de continuar ao longo do caminho.

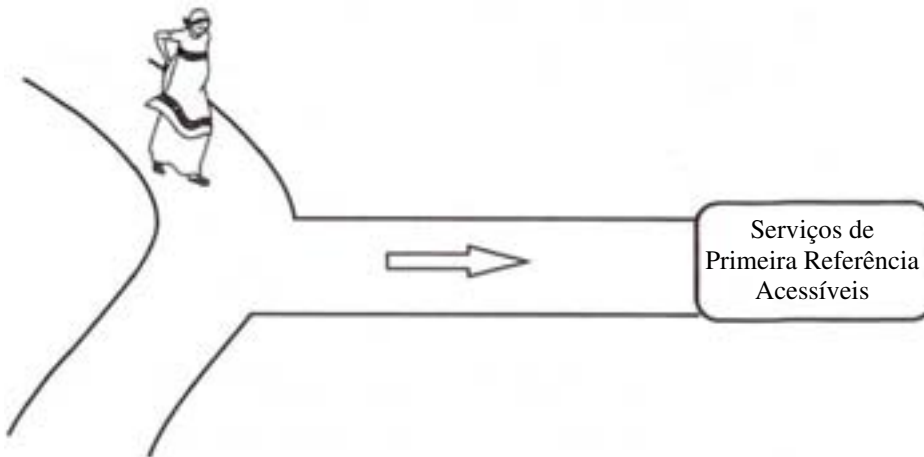


E esta foi a parte crítica do caminho, foi a etapa do que se chama de complicações de risco de vida. Estas incluem estados como a hemorragia, toxemia, sépsis, Paragem na Progressão do Trabalho de Parto (PPTP), aborto complicado e outras complicações, menos comuns mas igualmente graves.

O inevitável aconteceu. A D.^a X desenvolveu uma complicação que lhe pôs a vida em risco – hemorragia pré-parto.

Mesmo nesta altura havia uma última saída.

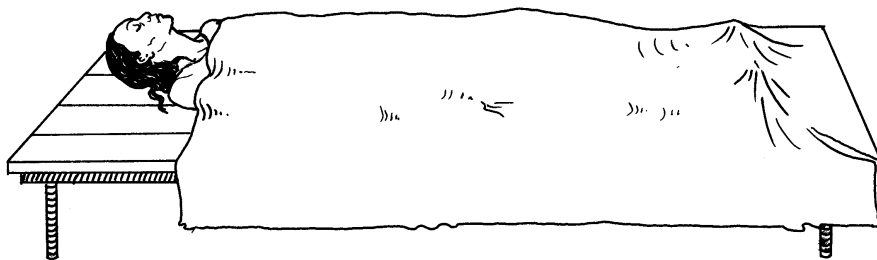
Se ela tivesse todo o acesso, atempadamente, a bons serviços de primeira referência, de modo a que a sua condição grave pudesse ter sido tratada de forma adequada, a D.^a X podia ter sido salva. Mas havia uma última oportunidade e a D.^a X perdeu essa oportunidade.



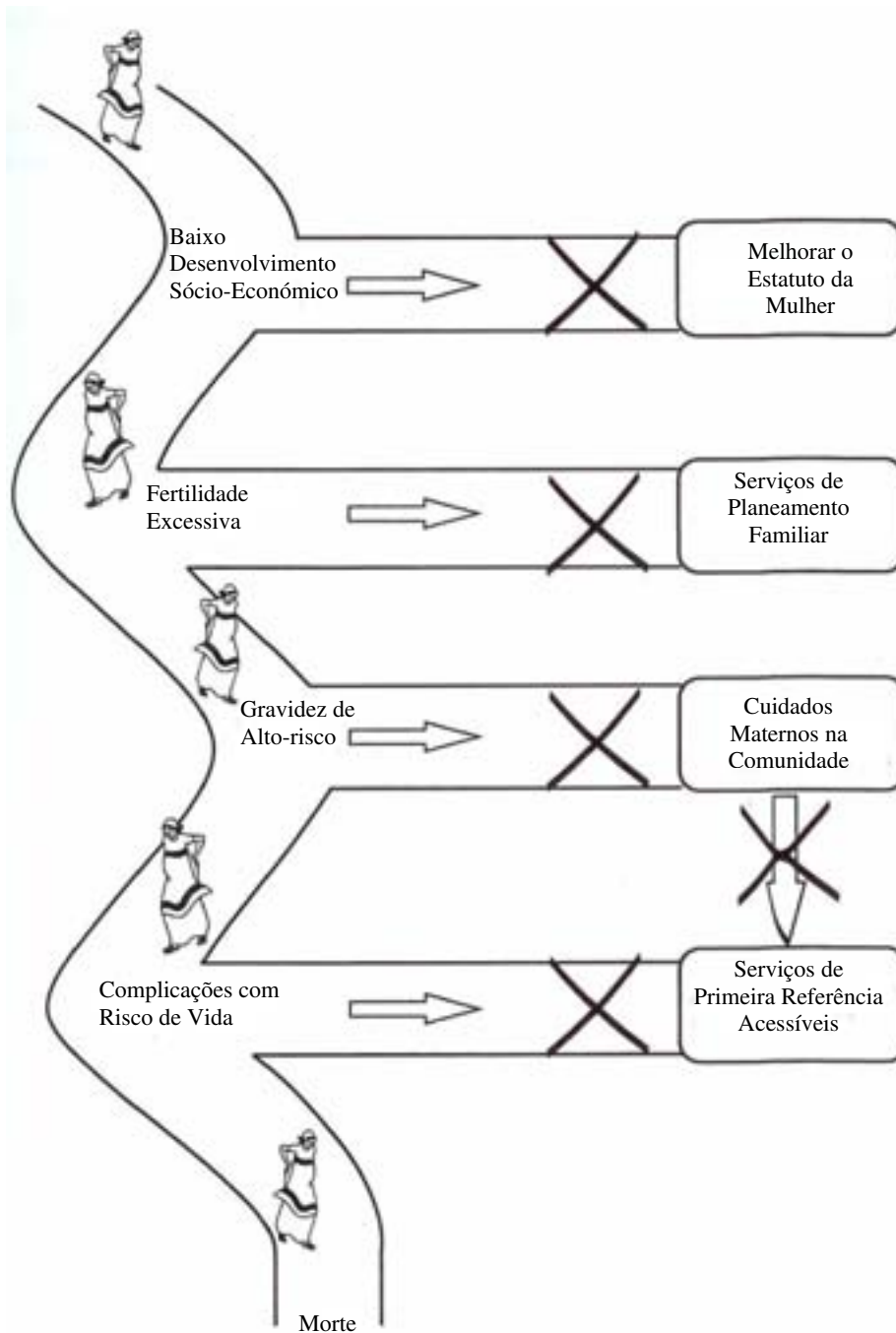
Este foi o caminho desafortunado da D.^a X ao longo do escorregadio e perigoso Caminho para a Mortalidade Materna. A viagem deixou uma visão de como morrem as mulheres e como podem ser salvas. As mulheres arriscam-se a morrer quando iniciam o Caminho para a Mortalidade Materna, qualquer que seja a etapa. As mulheres podem ser salvas se forem ajudadas a seguir as saídas desse caminho. Pode não ser possível restringir completamente o acesso ao Caminho para a Mortalidade Materna. É certamente possível deixar que as mulheres saiam deste caminho através de várias saídas, mas qualquer estratégia de sucesso para a sobrevivência materna terá de ser usado de forma efectiva, todas as saídas ao longo do Caminho para a Mortalidade Materna.

Se se tentar enfatizar as primeiras saídas, então irão perder-se mulheres que entraram mais à frente ou continuaram no caminho. Se se enfatizar apenas as últimas saídas, as saídas médicas e não se der igual atenção às primeiras saídas sociais, a pressão nas saídas médicas será demasiada para os serviços médicos conseguirem enfrentar com êxito.

A D.^a X morreu.



No entanto existem outras D^a X – milhões – que estão agora no Caminho para a Mortalidade Materna.



Desde que esta história começou pelo menos 30 mulheres chegaram ao fim de um triste caminho. Estas mães precisam, podem e devem ser salvas.

Muitas vezes é mais eficaz fazer um intervalo após a história. Os alunos podem reflectir no que viram e ouviram.

A próxima Sessão levará os alunos a uma comunidade, para fazerem descobertas por eles próprios. Assegure-se que os preparativos são claros e as visitas bem organizadas.



2. EXISTEM D.^{as} X NA NOSSA COMUNIDADE?

SESSÃO 2

EXISTEM D.^{as} X NA NOSSA COMUNIDADE?

FINALIDADE

Capacitar os alunos para descobrirem o que pensam os membros da comunidade acerca da Maternidade Segura e começarem a desenvolver ou desenvolverem uma relação significativa entre as parteiras e a comunidade.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 2 os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar quais os factores que, de acordo com a opinião e experiência dos membros da comunidade, capacitam as mulheres para atingirem uma Maternidade Segura.
2. Identificar quais os factores que, de acordo com a opinião e experiência dos membros da comunidade, evitam que as mulheres atinjam uma Maternidade Segura.

PLANO

Visita comunitária (1 dia).

INTRODUÇÃO

Nesta Sessão será realizada a primeira de uma série de visitas comunitárias associadas a este módulo. As sessões 6, 7 e 9 também incluem visitas comunitárias e é importante rever o objectivo destas visitas antes dos passos descritos a seguir.

De modo a que as visitas comunitárias tenham sucesso é necessário que sejam planeadas com antecedência. Dependendo da estrutura do sistema de saúde do seu país e das linhas de autoridade, o processo de planeamento pode variar mas deve incluir as seguintes actividades:

- 1. Seleccionar uma ou mais comunidades (o número de comunidades seleccionadas irá depender do número de alunos na turma) onde as actividades descritas nesta Sessão, assim como nas sessões 6, 7 e 9 possam ser desenvolvidas.*
- 2. Informar as autoridades relevantes relativamente ao objectivo da primeira visita e das subsequentes, obter a sua aprovação para as realizar e pedir assistência para identificar a pessoa de referência na comunidade que possa facilitar a implementação das actividades dos alunos.*
- 3. Assegurar-se que o transporte para os alunos irem para a comunidade está disponível para cada uma das visitas.*
- 4. Indicar aos alunos a necessidade de levarem o almoço, se não for possível obter comida na comunidade.*
- 5. Assegurar-se que os alunos têm tempo suficiente na comunidade para fazerem o que é esperado para cada uma das visitas planeadas (o que é particularmente importante na Sessão 9).*
- 6. Acompanhar os alunos na sua primeira visita à comunidade e, se possível, nas visitas subsequentes, levando equipamentos médicos básicos para, se necessário, prestar cuidados às pessoas/famílias entrevistadas.*

A VISITA

Assegure-se de que os alunos são capazes de explicar o significado de Maternidade Segura: por exemplo, envolve assegurar que as mulheres têm a informação e os serviços para planear o tempo, número e espaço entre gravidezes; prevenir complicações quando tal for possível e assegurar que, quando ocorrem, são detectadas precocemente e tratadas de forma apropriada; assegurar que as mulheres têm acesso aos cuidados necessários para um parto limpo e seguro; e assegurar que os cuidados essenciais estão disponíveis para as mulheres em risco e com complicações.²

Dê aos alunos instruções claras, nomeadamente:

- Mostrar respeito;*
- Ouvir;*
- Mostrar interesse genuíno e preocupação;*
- Se houver algum problema que não estejam qualificados para ajudar, encaminhar para quem esteja.*

Esclareça os alunos que devem responder a duas importantes questões:

- 1. O que é que nesta comunidade promove uma Maternidade Segura?*
- 2. O que é que nesta comunidade evita uma Maternidade Segura?*

² Para mais informação consultar *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*, WHO/FHE/MSM 94.11. Este documento pode ser obtido do programa: *Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Family and Reproductive Health*, WHO, 1211 Genebra Suíça.

Os alunos devem ouvir as respostas dadas pelos membros da comunidade e recordá-las. É melhor não escreverem as respostas durante a visita para que as pessoas se sintam livres para dizerem aquilo que realmente pensam.

Assegure-se de que os alunos compreendem o objectivo da visita. Isto é:

- 1. Descobrir o que pensam as pessoas da comunidade acerca da Maternidade Segura.*
- 2. Iniciar ou desenvolver uma relação significativa entre as parteiras e a comunidade.*

Uma casa não deve ser visitada por mais de dois estudantes.

Lembre-se:

Os alunos vão para a comunidade numa fase inicial dos seus estudos porque:

- É aqui que se encontram pessoas que precisam de ajuda;*
- É importante ouvir as pessoas da comunidade;*
- As pessoas só podem ser ajudadas se forem compreendidas.*

Lembre-se de felicitar os alunos quando estiverem a fazer algo correcto. Escolha qualquer coisa bastante simples. Por exemplo:

- Vestem-se de forma adequada;*
- Saúdam os aldeões de forma apropriada;*
- Dirigem-se aos aldeões mais velhos com respeito;*
- Tornam fácil a uma família falar de um assunto difícil;*
- Mostram compreensão ou preocupação por toda a família.*

Quando elogiar os alunos, diga-lhes exactamente o que gostou. Comece por dizer:

“Gostei quando...”

Diga aos alunos para pensarem nas discussões e escreverem os pontos importantes a relembrar. Irão necessitar desta informação na Sessão seguinte.

Esteja preparado para prestar cuidados de saúde, se necessário, aos entrevistados. Lembre os alunos que se esperam ajuda dos membros da comunidade, devem também estar preparados para dar ajuda em troca.

No final da visita, organize uma pequena sessão de resumo com os alunos e sugira-lhes que registem por escrito o que aprenderam, para sua referência futura. As sessões de resumo são um método de ajudar os alunos a dar sentido ao que aprendem. Uma forma de os ajudar a fazê-lo é fazer-lhes algumas perguntas, como por exemplo:

- O que é que gostaram mais na visita/no dia?*
- O que é que os surpreendeu mais?*

Pode fazer-lhes outras perguntas tais como, porque é que gostaram da visita. Tente terminar com uma nota positiva. Tenha atenção ao facto de que para alguns alunos pode ter sido uma experiência negativa ou pode ter havido alguma coisa que tenham visto ou que tenha acontecido durante a visita, que os tenha incomodado. Dê a esses alunos algum tempo em privado consigo para falarem sobre as suas experiências e sentimentos num ambiente seguro, ou em alternativa, se eles quiserem, podem ser feitas diligências no sentido de estes falarem com o tutor respectivo quando exista.

3. COMPROMISSO PARA COM UMA MATERNIDADE SEGURA

SESSÃO 3

COMPROMISSO PARA COM UMA MATERNIDADE SEGURA

FINALIDADE

Capacitar os alunos para reflectirem nas suas próprias experiências na comunidade e para se comprometerem com uma Maternidade Segura através de cuidados comunitários.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 3 os alunos devem ser capazes de:

1. Discutir os factores que as pessoas da comunidade consideram que:
 - Promovem uma Maternidade Segura, e
 - Impedem uma Maternidade Segura.
2. Discutir como é que a parteira pode influenciar estes factores.
3. Identificar os factores nas comunidades visitadas que podem contribuir para a morte materna.
4. Escrever os objectivos que tencionam atingir, para prestar cuidados obstétricos ao nível comunitário, para permitir que mais mulheres atinjam uma Maternidade Segura.

PLANO

Trabalho de grupo (1 hora).

Feedback, discussão (1 hora).

RECURSOS

“Instruções para o trabalho de grupo”.

INTRODUÇÃO

Nesta Sessão, os alunos examinam a informação colhida durante a visita comunitária.

Organize os alunos em grupos e dê a cada um dos grupos as instruções estabelecidas no final desta Sessão. Dê-lhes uma hora para realizarem o trabalho.

Cada membro do grupo terá as suas próprias respostas às questões 1 e 2. Assegure-se de que todos os alunos dizem o que descobriram.

MATERNIDADE SEGURA

FACTORES QUE PROMOVEM	FACTORES QUE IMPEDEM
<ul style="list-style-type: none">▪ Cuidados pré-natais na aldeia.▪ Bom sistema de encaminhamento das mulheres em risco.▪ Comissão de Maternidade Segura na aldeia.▪ Casas de espera disponíveis para as mulheres.	<ul style="list-style-type: none">▪ Parteiras não treinadas disponíveis na comunidade.▪ Parteiras tradicionais sem formação.▪ Sem relação de trabalho estabelecida com os líderes comunitários.▪ Sem transporte disponível para urgências.

... e por aí adiante...

Discuta passos práticos para prestar os cuidados necessários, de modo a que as mulheres das comunidades visitadas alcancem uma Maternidade Segura.

Peça feedback acerca das razões que levaram a que a D.^a X morresse – especialmente os factores que os alunos observaram durante as visitas comunitárias.

Faça uma lista das respostas dos grupos.

Primeiro enumere os factores que contribuíram para a morte da D.^a X, depois marque os que também podiam ocorrer nas aldeias visitadas. Discuta quais podiam ocorrer nas comunidades visitadas. Encoraje a honestidade.

Factores que contribuíram para a morte da D.^a X

Relembre os factores que contribuíram para a morte da D.^a X. Relembre aos alunos a história e encoraje-os a fazerem uma lista similar dos factores que descobriram durante as visitas comunitárias. Os alunos podem também listar os factores dos “casos falhados”. Estas são mulheres que quase morreram.

A D.^a X morreu como resultado de uma hemorragia pré-parto por placenta prévia mas os factores que contribuíram para a sua morte foram:

- Transfusão de sangue inadequada;
- Atraso na paragem da hemorragia;
- Atraso no tratamento;
- Incapacidade da mulher ou da família em reconhecer uma complicação perigosa da gravidez;
- Anemia devido a deficiência crónica de ferro;
- Malnutrição;
- Infestação de parasitas;

- Idade avançada (39 anos ou mais);
- Paridade elevada;
- Gravidez não desejada;
- Pobreza;
- Ignorância;
- Iliteracia;
- Injustiça social.

Factores da comunidade

É muito importante ver a situação real e não aquela que se quer acreditar ser verdadeira.

Se os alunos tiverem dificuldade, as perguntas seguintes podem ajudar:

1. *O que dizem os membros da comunidade?*
2. *O que sugerem para promover uma Maternidade Segura?*
3. *Como se pode providenciar, assegurar ou capacitar uma Maternidade Segura?*

Discuta os aspectos práticos importantes que surjam, incluindo estas duas questões:

4. *Houve problemas que precisam de ser investigados? (por exemplo, a não prescrição de suplementos de ferro, não disponíveis ou esgotados...).*
5. *Que acção deve ser tomada para que uma Maternidade Segura seja promovida na comunidade?*

Morte materna

Apresente aos alunos a definição seguinte e as principais causas.

A morte materna é a morte de uma mulher grávida, ou nos 42 dias a seguir ao fim da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, por qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez, ou seu tratamento, mas não por causas acidentais ou incidentes.

As cinco principais causas de mortalidade ou morte materna são:

- Aborto.
- Eclâmpsia.
- Paragem na Progressão do Trabalho de Parto.
- Hemorragia Pós-Parto.
- Sépsis Puerperal.

Declaração de intenções

Peça aos grupos para responderem à questão 5 (anterior) lendo os seus objectivos. Os alunos podem desejar discutir como podem combinar os seus objectivos para escreverem uma declaração de intenções para toda a turma.

As expressões chave que irão ajudar os alunos a escreverem a declaração conjunta são:

- *Necessidades comunitárias.*
- *Cuidados comunitários.*
- *Acesso aos cuidados.*
- *Sistema de encaminhamento.*
- *Risco elevado.*
- *Caminho para a Mortalidade Materna (com os locais de entrada e saída).*
- *Maternidade segura.*

Uma declaração apropriada pode ser assim:

“Este grupo afirma que os cuidados maternos na comunidade são essenciais. Assim, pretendemos assegurar que todas as mulheres em _____ tenham acesso a um bom sistema de cuidados maternos que vá ao encontro das suas necessidades ao nível comunitário e que inclua um sistema de encaminhamento eficiente.

Pretendemos contactar os líderes comunitários de forma a estabelecer uma parceria para lidar com problemas de pobreza, ignorância e injustiça social.

O Caminho para a Mortalidade Materna deve desaparecer da nossa comunidade”.

A declaração deve ser genuína (os alunos devem levá-la a sério) e possível de alcançar.

Gaste o tempo que for necessário em discussão com os alunos, de formas concretas de alcançar estes objectivos.

Os alunos devem sentir que estão a trabalhar juntos para atingir uma Maternidade Segura para todas as mulheres da comunidade.

Assegure-se que cada aluno tem uma cópia da declaração do grupo e escreva-a no quadro. Nos outros módulos os alunos irão desenvolver planos de acção para colocarem a declaração em prática.

SUMÁRIO

Faça o resumo desta Sessão lembrando aos alunos que ponderem:

- *Porque morreu a D.ª X;*
- *Porque morrem as mulheres na sua comunidade;*
- *De que maneira as parteiras podem ajudar a promover uma Maternidade Segura;*
- *O que podem fazer para ajudar nesse sentido;*
- *Como podem as parteiras apoiar as mulheres na comunidade, a tomarem decisões relativas à gravidez e ao parto.*

Diga aos alunos que serão ajudados a usar as suas competências e a desenvolverem outras durante os módulos. Estas competências irão contribuir para uma maternidade segura nas comunidades onde trabalham.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Da informação que colheram durante a visita comunitária:

1. Enumerem os factores que capacitam a mulher a atingir uma Maternidade Segura na comunidade.
2. Enumerem os factores que criam obstáculos a que as mulheres alcancem uma Maternidade Segura na comunidade.
3. Quais destes factores podem ser influenciados para capacitar mais mulheres a atingirem uma Maternidade Segura?
4. Quais dos factores que contribuíram para a morte da D.^a X podem ser factores que contribuam para a mortalidade materna na comunidade que visitaram?
5. Tendo em vista a vossa visita comunitária, escrevam as metas que pretendem atingir de modo a habilitar as parteiras a nível comunitário e a capacitar mais mulheres a alcançarem uma Maternidade Segura.

Comecem assim, por exemplo:

Este grupo declara que os cuidados obstétricos comunitários são essenciais pelo que pretendemos ...

Designem um dinamizador e um relator do trabalho de grupo.

O grupo tem uma hora para realizar este trabalho.

4. SEGUINDO OS PASSOS DA D.^a X

SESSÃO 4

SEGUINDO OS PASSOS DA D.^a X

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para identificarem as difíceis circunstâncias de vida de muitas mulheres na comunidade e para melhor compreenderem essas circunstâncias.
- Preparar os alunos e motivá-los a prestarem cuidados com compreensão por essas circunstâncias.
- Capacitar os alunos a seleccionar os problemas de maior importância nas suas próprias comunidades e a partilhá-los com todo o grupo.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 4 os alunos devem ser capazes de:

1. Escrever uma história ou perfil típico de uma mulher que experimentou muitas dificuldades para alcançar uma Maternidade Segura.
2. Discutir o que pode ajudar a promover uma Maternidade Segura na comunidade e identificar quais os problemas que podem ser prevenidos nos cuidados comunitários de enfermagem obstétrica.

PLANO

Jogo didáctico, tutoria.

Podem jogar até seis jogadores de cada vez pelo que o tempo necessário dependerá do número de alunos e do número de cópias do jogo disponíveis.

Para completar o jogo, permita cerca de 1 ½ hora por cada grupo de 6 alunos.

RECURSOS

Jogo didáctico: Seguindo os passos da D.^a X.

Peões coloridos (um para cada jogador).

Canetas/lápis e papel.

INTRODUÇÃO

As regras do jogo e as “Instruções para os alunos” estão nas páginas seguintes.

Assegure-se de que os alunos compreendem como jogar e o que fazer a seguir.

Estabeleça as regras do jogo.

Ajude cada um dos grupos a começar o jogo e esteja disponível para o caso de quiserem levantar alguma questão.

Os alunos devem escrever o que aparece nas cartas que lhes saem durante o jogo. Irão necessitar de papel e lápis.

Após o jogo, os alunos irão precisar de tempo para escrever as histórias ou perfis, baseados nas cartas que colheram durante o jogo, que apresentarão contando a história, dançando ou representando.

Divida os alunos em grupos de tutoria não superiores a seis elementos. Os grupos de tutoria devem ser constituídos pelos mesmos membros que jogaram o jogo. Organize diferentes períodos de estudo para cada um dos grupos.

COMO JOGAR

Regras do jogo e “Instruções para os alunos”

O jogo encontra-se no final deste módulo.

O objectivo deste jogo didáctico é:

- *Ajudar os alunos a identificarem-se com as circunstâncias difíceis de muitas mulheres na comunidade;*
- *Apreciarem a realidade dessas circunstâncias;*
- *Encorajar a discussão dos factores que influenciam uma Maternidade Segura.*

O jogo é composto por um tabuleiro e 7 conjuntos de cartas:

- As montanhas da saúde.
- Pobreza e iliteracia.
- Transportes e comunicações.
- Factor X.
- Passe de segurança.
- Maternidade Segura.
- Morte materna.

Também irá precisar de:

- **Uma pequena mesa** para o tabuleiro e cadeiras para os jogadores se sentarem de modo a que facilmente possam ver o tabuleiro. (Os jogadores podem preferir sentar-se no chão).
- **Dados.** (Se não tiverem dados, corte 6 peças de cartão de tamanho igual. Escreva os números 1, 2, 3, 4, 5 e 6 em cartões separados. Coloque os cartões num saco ou envelope. Cada jogador pode então retirar um cartão quando for a sua vez de jogar. O que indicará o número de casas a andar em vez dos dados).
- **Peões coloridos.** Um para cada jogador.

O jogo pode ter de 3 a 6 jogadores.

Começar

1. Coloque o tabuleiro no centro da mesa.
2. Coloque os 7 conjuntos de cartas em montes no centro do tabuleiro. O lugar de cada conjunto está marcado com a mesma figura das cartas.
3. Deixe que cada jogador escolha um peão de cor diferente que deve ser colocado, à sua frente, na mesa.

Jogar

1. Os jogadores atiram o dado à vez. O objectivo é obter 6. Nenhum jogador pode colocar o peão no tabuleiro até obter 6. Seis significa “confirmação da gravidez” pelo que uma vez obtido o jogador deve colocar o peão no quadrado da partida.
2. O jogador que obteve 6 tem direito a jogar mais uma vez. Depois de lançar o dado deve mover o peão o número de casas equivalente ao mostrado pelo dado.
3. Se o peão calhar numa casa marcada:

Montanhas da saúde;
Pobreza e iliteracia;
Transportes e comunicações;
Factor X.

Deve retirar uma carta correspondente do centro do tabuleiro e guardá-la.

4. Cada carta tem uma frase e um sinal – ou +, indicando se se trata de uma carta negativa ou positiva. O sinal + indica que a situação é boa. O sinal - que é má ou prejudicial.
5. Um jogador a quem tenham saído 3 cartas positivas pode pedir um passe de segurança.
6. Um jogador com 2 passes de segurança pode pedir uma carta de Maternidade Segura.

O objectivo do jogo é obter uma carta de Maternidade Segura.
7. Se o jogador tiver 5 cartas negativas, deve substituí-las por uma carta de morte materna.
8. É possível cancelar algumas das cartas negativas. Tal pode ser feito de duas maneiras:
 - a) Usando determinadas cartas positivas. Por exemplo, “está gravemente anémica” pode ser cancelada por “anemia grave corrigida” ou “transfusão de sangue disponível”. Cada situação deve ser discutida por todos os jogadores que devem concordar que um jogador pode cancelar um cartão negativo.
 - b) Calhando em determinadas casas do tabuleiro. Por exemplo, se o jogador calhar na “casa de espera de maternidade” pode retirar um dos passes de segurança”. Se calhar no “hospital” pode cancelar uma das cartas negativas. Deve agir assim que calhar numa destas casas e não pode esperar até mais tarde ou mudar de ideias acerca da carta a cancelar.
9. Quando todos os jogadores tiverem atingido uma Maternidade Segura ou a Morte Materna, devem copiar o que está escrito nas cartas que detêm (inclui escreverem que cartas foram canceladas e porque o foram).

ESCREVER A HISTÓRIA

Após cada jogo, cada um dos jogadores deve escrever a sua própria história ou perfil, de acordo com o que aconteceu durante este jogo. As histórias irão ser partilhadas com o restante grupo durante as tutorias.

Se o jogador alcançou uma Maternidade Segura a história deve ser escrita como se contada pela mulher.

Se o jogador obteve uma carta de Morte Materna a história deve ser escrita como se contada por um familiar ou amigo.

Usando a informação de todas as cartas que saíram durante o jogo cada jogador deve escrever o perfil da D.^a X no jogo e dar-lhe um nome.

Cada jogador irá começar:

“Eu/ela (nome) morava em (.....)”. Depois, por exemplo, “Eu/ela era a mulher de um trabalhador agrícola pobre. A aldeia estava a 80 Km da instituição de saúde mais próxima. A minha/sua gravidez foi complicada por uma anemia por deficiência de ferro e eu/ela já sofria de uma infecção parasitária – malária...”

Cada jogador deve incluir todos os factos nas cartas que detém no final do jogo. Pode ser adicionada outra informação para tornar a história mais completa desde que faça sentido e não contradiga nenhum dos factos das cartas. Os factos, se não fizerem sentido, podem ser questionados pelos outros jogadores (por exemplo, se um jogador declara que a anemia foi corrigida pela transfusão de sangue mas tem um cartão “o centro de saúde não tem condições para transfusões de sangue” que não conseguiu cancelar).

TUTORIA

Como realizar a tutoria.

- 1. Peça a cada aluno para contar a história dando o perfil da D.^a X. Encoraje o resto do grupo a ouvir, demonstrando empatia e compreensão. Alguns irão recordar experiências pessoais marcantes. Esteja preparado para os apoiar.*
- 2. Discuta cada história e perfil com respeito. Elogie os alunos pelo que realizaram bem. Lembre-se de como é importante elogiar.*
- 3. Discuta o que ajudaria a promover uma Maternidade Segura na comunidade.*

Nota: os alunos devem manter as cartas do jogo didáctico para as usarem na Sessão seguinte.

SUMÁRIO e FOLLOW-UP

Escreva as seguintes perguntas no quadro.

- 1. Qual dos problemas descritos nas histórias/representações podiam ter sido prevenidos pelos cuidados comunitários de enfermagem obstétrica?*
- 2. Que acções são necessárias para assegurar que uma Maternidade Segura é possível em _____?*

As acções dependem de decisões. As decisões podem incluir, por exemplo:

- *“Devemos falar com os líderes comunitários de _____ sobre _____ preparar casas de espera de maternidade/planeamento familiar/ clínicas pré-natais/ etc.”.*
- *“Devemos discutir com as mulheres mais velhas de _____ como pode ser melhorada a dieta das grávidas e como podem ser aliviadas dos trabalhos físicos muito pesados durante a gravidez e puerpério”.*
- *“Devemos contactar o gestor hospitalar para discutir como podemos disponibilizar um teste de rastreio/acordar um sistema de encaminhamento de casos de alto risco de _____ etc.”.*

5. A POSIÇÃO E O VALOR DAS MULHERES

SESSÃO 5

A POSIÇÃO E O VALOR DAS MULHERES

FINALIDADE

Capacitar os alunos para compreenderem o lugar e o valor da mulher na sociedade onde vive, e para se tornarem defensores dos direitos dessas mulheres.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 5 os alunos devem ser capazes de:

1. Identificar os factores que colocam as mulheres em maior risco de morte do que os homens em situação idêntica.
2. Discutir como é que a posição social pode, directa ou indirectamente, afectar a saúde das mulheres e das raparigas.
3. Identificar as pessoas que podem influenciar e iniciar as mudanças consideradas necessárias para aumentar o *status* das mulheres e melhorar a sua saúde.
4. Discutir como a parteira se pode tornar defensora dos direitos das mulheres sob os seus cuidados.

PLANO

Discussão baseada nas cartas do jogo didáctico da Sessão anterior (1 hora).

RECURSOS

“Instruções para o trabalho de grupo”.

WHO Safe Motherhood newsletter: os artigos desta *newsletter* são uma fonte de informação útil para esta e outras sessões do módulo. A *newsletter* pode ser obtida gratuitamente do *Department of Reproductive Health and Research, Making Pregnancy Safer, World Health Organization*, 1211 Genebra, Suíça.

INTRODUÇÃO

Esta Sessão baseia-se nas cartas do jogo didático “Seguindo os passos da D.^a X”.

Os alunos devem trabalhar com um colega de modo a discutir as cartas que lhes calharam durante o jogo didático da Sessão 4. Dê a cada par uma cópia das “Instruções para os alunos” dadas no final desta Sessão.

DISCUSSÃO

Discuta em sala de aula os seguintes temas:

- *Lugar da mulher na sociedade;*
- *Valor da mulher na sociedade;*
- *Problemas existentes;*
- *De que forma estes podem influenciar uma Maternidade Segura;*
- *O que deve acontecer para melhorar o lugar e o valor da mulher na sociedade;*
- *Quem pode influenciar a situação e fazê-la mudar;*
- *Como é que a parteira pode agir como defensora dos interesses da mulher porque as mulheres necessitam dela.*

Assegure-se que os alunos compreendem como as parteiras podem apoiar as mulheres, uma vez que podem constituir um elo entre a mulher e o sistema de cuidados de saúde.

Discuta:

- *O significado da palavra “parteira”.*
- *O significado da palavra usada para descrever a parteira noutras línguas ou dialectos locais.*

Pergunte aos alunos:

“Alguma vez agiu como defensor dos direitos de uma mulher ao seu cuidado?”

Se sim, pergunte

- *Como?*
- *Quando?*
- *Onde?*
- *Porquê?*
- *Como é que beneficiou a mulher?*
- *Foi uma experiência positiva?*

Concentre-se na acção que é necessária para prevenir a morte materna.

Faça o resumo da discussão.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS”

Observem as cartas do jogo “Seguindo os passos da D.^a X” e coloquem as seguintes perguntas em relação a cada cartão:

1. Podem colocar a mulher em risco de morte materna?
2. Esta condição/ situação/ factor foi provocada ou agravada pelo facto de se tratar de uma mulher?
3. O que deve ser feito para reduzir o risco para as mulheres nesta situação?

EXEMPLO:

A carta diz “Sofre de malnutrição”

Resposta possível:

1. A malnutrição pode causar anemia que coloca a mulher em maior risco de Hemorragia Pós-parto (HPP) e infecção.
2. Sim. A malnutrição teria sido pior para uma mulher da nossa comunidade porque as mulheres e raparigas são sempre as últimas a comer. Não têm o mesmo acesso de alimentos nutritivos do que os homens.
3. (a) precisamos de discutir esta realidade com, por exemplo:
 - Líderes comunitários,
 - Líderes religiosos e,
 - Mulheres mais velhas.

(b) é preciso ajudar as famílias e os membros da comunidade a compreenderem a importância dos alimentos nutritivos para as raparigas e mulheres.

(c) é preciso disponibilizar informação e ajuda prática sobre as boas fontes de alimentos que a família possa comportar.

6. PROMOÇÃO DE UMA MATERNIDADE SEGURA COM BASE NOS DIREITOS HUMANOS

SESSÃO 6

PROMOÇÃO DE UMA MATERNIDADE SEGURA COM BASE NOS DIREITOS HUMANOS

FINALIDADE

Capacitar os alunos para que percebam a importância dos direitos humanos relacionado-os com a protecção, respeito e satisfação dos direitos das mulheres a uma Maternidade Segura.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 6 os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os direitos humanos relevantes para uma Maternidade Segura.
2. Explicar as acções que precisam de ser implementados pelos governos para promover uma Maternidade Segura como um direito humano.
3. Descrever como é que as parteiras podem envolver-se em iniciativas para promover a Maternidade Segura como um direito humano.

PLANO

Exposição (1 hora).

Trabalho de grupo, feedback e discussão (1 1/2 horas).

RECURSOS

Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Geneva, World Health Organization, 1999.

Advancing safe motherhood through human rights. Geneva, World Health Organization, 2001(WHO/RHR/01.05).

INTRODUÇÃO

Inicie a Sessão com a apresentação de informação geral sobre direitos humanos.

Muitos dos direitos humanos, vulgarmente previstos nas constituições nacionais, e nos tratados regionais e internacionais de direitos humanos, podem aplicar-se à Maternidade Segura. Estes direitos baseiam-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos¹.

Embora a Declaração Universal em si não tenha sido proposta como um instrumento legal de execução, tem vindo a ganhar aceitação como tal, fortalecida através de uma série de convenções internacionais de direitos humanos (também chamados tratados, convénios ou cartas).

Os tratados de direitos humanos mais recentes que se debruçam sobre os direitos das mulheres incluem a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres² que reflecte valores já implícitos na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

DIREITOS HUMANOS RELEVANTES PARA UMA MATERNIDADE SEGURA

Apresente e discuta a informação que se segue com os alunos. À medida que o faz, peça-lhes que considerem cada uma das quatro categorias no contexto das suas próprias vidas, comunidades e locais de trabalho.

Os Direitos humanos relevantes para uma Maternidade Segura podem ser agrupados em quatro categorias principais:

1. **Direitos relacionados com a vida, liberdade e segurança da pessoa**, que requerem que os governos assegurem que as mulheres tenham acesso a cuidados de saúde apropriados durante a gravidez e o parto e que tenham o direito de decidir quando e com que frequência ficam grávidas. O que implica que os governos identifiquem os factores económicos, legais, sociais e dos sistemas de saúde que não permitem às mulheres a satisfação desses direitos fundamentais.

*Coloque as seguintes questões aos alunos. Se eles responderem **não** às perguntas, pergunte-lhes como é que a situação pode ser alterada.*

Nas comunidades onde vivem e trabalham as mulheres têm acesso a cuidados de saúde adequados durante a gravidez e o parto?

As mulheres tem o direito de decidir se querem ou não engravidar, quando e com que frequência?

2. **Direitos relacionados com direitos básicos das famílias e da vida familiar**, que requerem que os governos promovam o acesso à saúde e a outros serviços para que as mulheres possam constituir família e obter satisfação com a sua vida familiar.

*Coloque as seguintes questões aos alunos. Se eles responderem **não** às*

¹ Universal Declaration of Human Rights. New York, United Nations, 1948 (United Nations General Assembly Resolution A/RES/217 A (III)).

² Convention on the Elimination of All Forms of Discriminations against Women. New York, United Nations, 1979 (United Nations General Assembly Resolution A/RES/4/180).

perguntas, pergunte-lhes como é que a situação pode ser alterada.

Nas comunidades onde vivem e trabalham, as mulheres têm acesso a cuidados de saúde e outros serviços de que necessitam, para terem uma família saudável e apreciarem a sua vida familiar?

- 3. Direitos relacionados com os cuidados de saúde e os benefícios científicos do progresso, incluindo informação e educação para a saúde,** que requer um acesso a cuidados de saúde reprodutiva e sexual de qualidade, incluindo sistemas de encaminhamento adequados. Os cuidados de saúde primários podem servir como um meio de assegurar uma Maternidade Segura, independentemente do nível particular do desenvolvimento económico de um país. Na base destes direitos está a informação sobre vários assuntos de saúde reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, o aborto e a educação sexual.

Coloque as seguintes questões aos alunos. Se eles responderem não às perguntas, pergunte-lhes como é que a situação pode ser alterada.

Nas comunidades onde vivem e trabalham, existe informação e educação sobre temas de saúde reprodutiva como o planeamento familiar, o aborto e a sexualidade?

Em particular, os adolescentes têm acesso a esta informação e educação?

- 4. Direitos relacionados com a igualdade e a não discriminação,** que requer que os governos promovam o acesso a serviços como a educação e os cuidados de saúde sem discriminação com base no sexo, no estado civil, na idade ou no estatuto socioeconómico.

Políticas discriminatórias incluem (a) exigência de que as mulheres tenham o consentimento dos seus maridos para usar determinados serviços de saúde, (b) exigência de autorização parental para as raparigas mas não para os rapazes, e (c) incluem leis que criminalizam as intervenções, médicas de que apenas as mulheres necessitam.

Os governos violam as suas obrigações quando (a) não implementam leis que protejam os interesses das mulheres e (b) quando não disponibilizam os recursos de saúde para dar uma resposta adequada às necessidades das mulheres para uma maternidade e parto seguros. Na base destes direitos, está o direito a ser sempre tratado com dignidade e respeito, incluindo durante tratamentos e prestação de cuidados e, para as mulheres, especialmente durante a gravidez e o parto.

Coloque as seguintes questões aos alunos. Se eles responderem não às perguntas, pergunte-lhes como é que a situação pode ser alterada.

Nas comunidades onde vivem e trabalham, é por exemplo exigido às mulheres que tenham o consentimento do marido para aceder a serviços de planeamento familiar?

As raparigas adolescentes têm acesso aos serviços de planeamentos familiar sem consentimento parental?

PROMOVER UMA MATERNIDADE SEGURA COMO UM DIREITO

Apresente e discuta a seguinte informação aos alunos. Mas, antes de iniciar a Sessão documente-se com respostas às perguntas que se seguem. Por exemplo, antes de começar esta sessão, informe-se sobre medidas governamentais para reformar ou implementar e reforçar os direitos humanos de forma a promover uma maternidade mais segura.

As acções que os governos precisam de levar a cabo para promover uma Maternidade Segura como um direito humano podem ser agrupadas da seguinte forma:

- **Reformar leis** que impeçam as mulheres (a) de atingirem os melhores níveis possíveis de saúde e nutrição necessárias a uma gravidez e parto seguros, e (b) de aceder a informação e serviços de saúde reprodutiva. Exemplos incluem leis que exigem que as mulheres que precisam de cuidados obtenham autorização dos seus maridos para acederem a serviços de saúde.

Em relação à reforma de leis coloque aos estudantes algumas perguntas e anote as respostas no quadro ou no flipchart:

P: Que leis foram reformuladas?

P: Que leis precisam de ser reformuladas?

- **Implementar as leis**, que apoiam os direitos das mulheres à boa saúde e nutrição e que protejam os seus interesses de saúde. Exemplos podem incluir leis que proibam o casamento de crianças, a mutilação genital feminina, a violação e o abuso sexual. É essencial que sejam implementadas leis que encorajem a maternidade em idade apropriada. Exemplos incluem leis que apoiam a educação de raparigas, estabelecem idades mínimas para casar e asseguram o acesso das mulheres aos cuidados de saúde de que necessitarem durante a gravidez e o parto.

Em relação à implementação de leis, coloque aos alunos as perguntas que se seguem e anote as respostas no quadro ou flipchart.

P: Que leis foram implementadas para apoiar os direitos das mulheres uma saúde e nutrição adequadas e para apoiar os seus interesses de saúde?

P: Foram implementadas leis que proibem o casamento de crianças, mutilação genital de raparigas, violação e abuso sexual?

P: Foram implementadas leis que apoiam a educação de raparigas, estabelecem uma idade mínima para casar e garantem que as mulheres têm acesso aos cuidados médicos de que necessitam durante a gravidez e o parto?

Basear nos direitos humanos a legislação e políticas nacionais para promover uma Maternidade Segura.

Coloque aos alunos a seguinte questão e anote a resposta no quadro ou flipchart.

P: Até que ponto é que os direitos humanos têm sido o ponto de partida de políticas e de iniciativas legislativas para promover uma Maternidade Segura?

OS DIREITOS HUMANOS COMO FULCRO DE INICIATIVAS PARA PROMOVER UMA MATERNIDADE SEGURA

Apresente aos alunos a informação que se segue e peça-lhes que pensem sobre como poderão aplicar as abordagens sugeridas às suas vidas, comunidades e locais de trabalho.

Os profissionais de saúde que estão conscientes dos seus próprios direitos humanos e dos seus doentes/clientes, podem prestar serviços de formas que protejam e promovam esses direitos. Uma abordagem desta natureza permite aos professores de saúde, bem como aos administradores:

- **Trabalhar respeitosamente em conjunto** com colegas, para determinar qual a melhor forma de atingir uma Maternidade Segura alicerçada nos Direitos humanos;
- **Desenvolver a compreensão** de como as leis, políticas e práticas equiparam a Maternidade Segura a um direito de todas as mulheres;
- **Descobrir que direitos humanos** podem ser mais facilmente atingidos no que diz respeito à promoção de Maternidade Segura;
- **Encorajar os governos** a trabalhar no sentido de respeitar, promover e implementar os direitos humanos mais importantes para uma Maternidade Segura.

TRABALHO DE GRUPO

O objectivo desta actividade de grupo é proporcionar aos alunos uma oportunidade de discutir e decidir como podem incorporar nas suas vidas e no seu trabalho, uma abordagem alicerçada nos direitos humanos.

Divida os alunos em pequenos grupos e veja com eles as “Instruções para o trabalho de grupo”, que se encontram no final da Sessão. Assegure-se de que os alunos perceberam o que é esperado deles.

Dê aos grupos uma hora para a realização da actividade . Passe algum tempo com cada grupo de modo a facilitar a realização da actividade. Dê a cada grupo entre cinco a dez minutos para darem feedback acerca dos resultados da sua actividade.

FEEDBACK E DISCUSSÃO

À medida que os grupos apresentam as suas ideias, avalie se elas são ou não realistas. Dê apoio sempre que se mostre necessário definir mais claramente o rumo a seguir.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Esta actividade está pensada de modo a dar aos alunos uma oportunidade de discutir e decidir como incorporar nas suas vidas e no seu trabalho, uma abordagem alicerçada nos direitos humanos.

Discutam e decidam como é que irão:

- **Trabalhar respeitosamente em conjunto** com colegas, para determinar qual a melhor forma de atingir uma Maternidade Segura alicerçada nos Direitos humanos;
- **Desenvolver a compreensão** de como as leis, políticas e práticas equiparam a Maternidade Segura a um direito de todas as mulheres;
- **Descobrir que direitos humanos** podem ser mais facilmente atingidos no que diz respeito à promoção de uma Maternidade Segura;
- **Encorajar os governos** a trabalhar no sentido de respeitar, promover e implementar os direitos humanos mais importantes para uma Maternidade Segura.

7. CRENÇAS, TRADIÇÕES E TABUS

SESSÃO 7

CRENÇAS, TRADIÇÕES E TABUS

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem de que forma os papéis sociais e o estatuto da mulher determinam a seu estado de saúde e bem estar.
- Capacitar os alunos para compreenderem de que forma as crenças tradicionais, práticas e tabus afectam a saúde da mulher durante o período pré-natal, parto e pós-natal.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 7 os alunos devem ser capazes de:

1. Tendo por base entrevistas a mulheres, identificar os papéis e responsabilidades das mulheres na comunidade e escrever a “descrição do trabalho de uma mulher” nessa comunidade.
2. Tendo por base entrevistas a membros da comunidade, identificar as crenças, práticas e tabus tradicionais que estão associados ao período pré-natal, parto e pós-natal.
3. Identificar e descrever as crenças, práticas e tabus tradicionais que se relacionam especificamente com a hemorragia pós-parto (HPP), sépsis puerperal, paragem na progressão do trabalho de parto (PPTP), eclâmpsia e aborto.
4. Avaliar as crenças, práticas e tabus tradicionais e discutir a forma como estes podem influenciar uma Maternidade Segura.
5. Preparar um plano de acção que comece por abordar os aspectos mais importantes das crenças, práticas e tabus tradicionais.

PLANO

Reunião (½ hora).

Visita comunitária (1 dia).

Discussão (2 horas).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”.

INTRODUÇÃO

Na preparação da visita comunitária desta Sessão, reveja a informação relacionada com as visitas comunitárias incluídas no início da introdução da Sessão 2. Adicionalmente, tenha em consideração os seguintes pontos:

1. *Assegure-se de que os alunos compreendem o objectivo da visita.*
 - *Descobrir quais os papéis e responsabilidades das mulheres na comunidade.*
 - *Descobrir quais as crenças, práticas e tabus tradicionais relacionadas com o período pré-natal, parto e pós-parto naquela comunidade e especialmente as que se relacionam com a HPP, sépsis puerperal, PPTP, eclâmpsia e aborto.*
 - *Descobrir o que é que as parteiras tradicionais, sogras, líderes comunitários e religiosos sabem acerca das crenças, práticas e tabus tradicionais relacionados com o período pré-natal, parto e pós-parto.*
2. *Durante a reunião, divida os alunos em grupos de dois. Explique que metade dos grupos (grupos A) irão entrevistar as mulheres da comunidade de modo a colher informação acerca dos papéis e responsabilidades das mulheres e das crenças, práticas e tabus tradicionais relacionados com o período pré-natal, parto e pós-parto. A maioria das mulheres entrevistadas deve ter experiência de gravidez e parto.*

Os outros grupos (grupos B) irão entrevistar as parteiras tradicionais, líderes comunitários e religiosos, líderes de associações de mulheres, professores e profissionais de saúde comunitária de modo a reunir informação sobre crenças, práticas e tabus tradicionais relacionados com o período pré-natal, parto e pós-parto.
3. *Antes da visita comunitária, dê aos alunos as instruções que se encontram no final desta Sessão.*
4. *Após a visita comunitária, dê aos alunos tempo para prepararem a “descrição do trabalho de uma mulher” nessa comunidade ou a apresentação sobre as crenças, práticas e tabus. Depois ponha os temas a discussão.*

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO APÓS A VISITA COMUNITÁRIA

Tradição e tabus

Na apresentação, cada grupo deve:

1. *Partilhar a informação obtida na comunidade acerca das crenças, práticas e tabus tradicionais.*
2. *Identificar os aspectos que necessitam de ser corrigidos de modo a promover uma Maternidade Segura.*

Comece a discussão classificando cada uma das práticas e tabus descritas pelos alunos como:

- *Benéficas.*
- *Indiferentes (isto é, não fazem diferença para a saúde ou segurança).*
- *Incertas (os efeitos são desconhecidos ou não são compreendidos).*
- *Prejudiciais.*

Este é um exemplo de uma análise de práticas e tabus tradicionais:

Papel da mulher na sociedade

Os grupos que abordaram este tema devem apresentar os aspectos mais importantes que caracterizam “o trabalho de uma mulher” na comunidade, que o profissional vai listando no quadro.

Inicie a discussão perguntando de que forma os elementos do trabalho descritos podem ter um impacto negativo na saúde da mulher.

Prática	Benéfica	Indiferente	Incerta	Prejudicial
Evitar comer ovos				+
Evitar comer comida do dia anterior	+			
Fazer tamponamento da vagina com estrume de vaca				+
Sentar-se com as pernas cruzadas		+		
Remédio herbal para controlar a hemorragia, tratar ou prevenir a febre ou outro problema ³			+	

PLANO DE ACÇÃO

Estabeleça com os alunos um plano de acção que aborde as seguintes questões:

- *O que podemos fazer para ajudar as mulheres, as suas famílias e outros membros da comunidade a mudar as suas crenças, tradições e tabus que prejudicam uma Maternidade Segura?*
- *O que podemos fazer para ajudar as mulheres, as suas famílias e outros membros da comunidade a reforçar as suas crenças, tradições e tabus que contribuem para uma Maternidade Segura?*
- *O que podemos fazer para ajudar as mulheres, as suas famílias e outros membros da comunidade a melhorar a situação das mulheres?*

Identifique com os alunos:

- *A melhor forma de mudar a situação na sua comunidade.*
- *As pessoas de referência para influenciar atitudes e crenças.*

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

TRABALHO DE GRUPO

Este exercício foi desenhado para ensinar aos alunos o impacto das atitudes sociais e crenças tradicionais acerca da saúde da mulher. No entanto, os alunos devem ter oportunidade, nas visitas seguintes, de seguirem o seu próprio plano de acção em relação à comunidade visitada.

^{*3} A discussão deve revelar o que se sabe acerca das propriedades farmacológicas do remédio e os possíveis benefícios ou riscos.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS DOS GRUPOS A”

1. Visitem uma mulher na sua própria casa.

Será aconselhável visitarem uma mulher:

- Com quem já tenham contacto.
- Que passe a maior parte do seu tempo como dona de casa.

2. Discutam com a mulher o seu papel e responsabilidades, colhendo informação sobre:

- Deveres e responsabilidades;
- Horas de trabalho;
- Pagamentos ou recompensas;
- A quem é que tem que dar contas (por exemplo, marido, sogra);
- Quem é que tem sob a sua responsabilidade (por exemplo, crianças, ninguém);
- Nível de escolaridade;
- Soluções para quando está grávida ou tem um bebé;
- Soluções para quando está doente;
- Soluções para a velhice;
- Formas de ganhar credibilidade e estatuto (por exemplo, tendo crianças, filhos);
- Como é “promovida” no contexto familiar (por exemplo, quando os filhos trazem as mulheres para a casa);
- Normas e regras a que tenha de obedecer;
- Consequências de não fazer bem o seu trabalho;
- A quem pode recorrer numa situação em que se considere injustiçada (anciões da aldeia, ninguém);
- Outros factos considerados importantes.

3. Discutam com a mulher as suas crenças e práticas relacionadas com a gravidez, parto e puerpério. Abordem pelo menos os seguintes aspectos:

- Alimentação durante a gravidez;
- Actividade durante a gravidez;
- Remédios caseiros para problemas que surjam durante a gravidez, tais como edema, hemorragia vaginal, febre, dor;
- Condução do parto (instrumentos utilizados, limpeza/higiene, cuidados ao cordão, expulsão da placenta);
- Quem faz essa condução e onde;
- Abordagem de complicações (parto prolongado, hemorragia vaginal excessiva, convulsões, febre, rotura prematura das membranas, retenção da placenta);
- Quem toma as decisões necessárias para procurar cuidados mais especializados quando ocorrem complicações;
- Cuidados pós-parto à mulher e bebé (nutrição da mulher, amamentação, higiene, cuidados ao cordão, por quem a mulher é cuidada);
- Planeamento familiar (se a informação está disponível e quanto tempo depois do parto?);
- Quem toma decisões sobre métodos de planeamento familiar a utilizar.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS DOS GRUPOS B”

Façam uma visita às parteiras tradicionais, sogras, líderes comunitários, líderes religiosos, líderes de associações de mulheres e profissionais de saúde comunitária. Coloquem questões acerca das crenças, práticas e tabus tradicionais relacionados com a gravidez, parto e puerpério. Abordem pelo menos os seguintes aspectos:

- Alimentação durante a gravidez;
- Actividade durante a gravidez;
- Violência sexual e do género, afectando a gravidez e o parto;
- Remédios caseiros para problemas que surjam durante a gravidez, tais como edema, hemorragia vaginal, febre, dor;
- Condução do parto (instrumentos utilizados, limpeza/higiene, cuidados ao cordão, expulsão da placenta);
- Quem faz essa condução e onde;
- Abordagem de complicações (parto prolongado, hemorragia vaginal excessiva, convulsões, febre, rotura prematura das membranas, retenção da placenta);
- Quem toma as decisões necessárias para procurar cuidados mais especializados quando ocorrem complicações;
- Cuidados pós-parto à mulher e bebé (nutrição da mulher, amamentação, higiene, cuidados ao cordão, por quem a mulher é cuidada);
- Planeamento familiar (se a informação está disponível e quanto tempo depois do parto?);
- Quem toma decisões sobre métodos de planeamento familiar a utilizar.

8. RECONHECER, ENCAMINHAR E REDUZIR O RISCO

SESSÃO 8

RECONHECER, ENCAMINHAR E REDUZIR O RISCO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem que alguns factores que colocam a mulher em risco durante a gravidez e parto podem, frequentemente, serem minimizados ou eliminados.
- Capacitar os alunos para reconhecerem oportunidades para promover uma Maternidade Segura, identificando factores de risco e implementando os cuidados preventivos apropriados.
- Capacitar os alunos para criarem empatia com as mulheres e famílias que estando em risco não recebem os cuidados a que têm direito.
- Motivar o aluno para fazer tudo o que estiver ao seu alcance para reduzir os riscos através de cuidados obstétricos efectivos.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 8 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir “risco” e “factor de risco” dando exemplos de cada um deles.
2. Identificar os problemas que podem ocorrer quando existem factores de risco específicos, explicando por que é que tal acontece.
3. Descrever a acção necessária para promover uma Maternidade Segura e prevenir a morte por factores de risco vulneráveis à acção da parteira.
4. Discutir o contributo das parteiras para reduzir o risco de mulheres injustamente discriminadas.
5. Identificar os factores que interferem com a eficiência dos sistemas de cuidados e de encaminhamento existentes. Discutir de que forma podem ser melhorados.

PLANO

Exposição (45 minutos).

Trabalho de grupo (2 horas).

Visita comunitária (incluindo avaliação dos pares) (½ dia).

Tutoria (1 hora por grupo).

RECURSOS

“Instruções para os alunos: análise de riscos”.

Ficha de trabalho.

“Instruções para os alunos: avaliação dos pares”.

INTRODUÇÃO

Na preparação da visita comunitária desta Sessão, reveja a informação relacionada com as visitas comunitárias incluída na introdução da Sessão 2. Adicionalmente, tenha em consideração as instruções sobre “Redução de riscos” descritas mais à frente.

Esta Sessão debruça-se sobre os factores de risco. Os riscos podem nem sempre ser evitáveis mas os perigos associados com os riscos podem, habitualmente, ser reduzidos.

Os riscos podem ser reduzidos através de:

1. Avaliação do estado da mulher durante a gravidez e o parto.
2. Desenvolvimento de um plano de parto com a mulher e a sua família, incluindo um local para o nascimento e sua condução, com base nas necessidades individuais da mulher e nas acções a tomar em caso de surgirem complicações durante a gravidez ou parto.
3. Informação e aconselhamento à mulher e à sua família sobre os sinais de perigo durante a gravidez e parto, e sobre o que fazer se isso acontecer.
4. Reconhecimento de complicações precocemente e intervir rapidamente, incluindo tratamento de urgência e encaminhamento sempre que necessário. As mulheres devem ser encorajadas a planear como é que irão chegar a um local de tratamento adequado no caso de haver alguma complicação.
5. Aconselhamento à mulher sobre a melhor forma de se manter saudável durante a gravidez e parto.

REFLECTIR SOBRE O RISCO

Discussão Geral

Discuta o significado de risco e factores de risco.

a) O que é o risco?

Peça aos alunos para formarem grupos de discussão de modo a ajudar a elaborar uma definição.

Depois chegue a uma definição. Esta deve estar por palavras que os alunos compreendam. Escreva-a no quadro, flipchart ou retroprojector.

Compare a definição de “risco” a que chegaram com a seguinte definição:

O risco é a probabilidade de ocorrência de um facto, por exemplo, que um indivíduo fique doente ou morra num determinado período de tempo.

b) Dê aos alunos uma definição de factor de risco.

Ponha os alunos a trabalhar segundo o mesmo processo usado para discutir e definir “risco”.

Compare a definição de “factor de risco” a que chegaram com a seguinte definição:

Um factor de risco é um factor que torna uma situação mais provável de acontecer ou mais perigosa.

É importante que os alunos percebam o seguinte:

Os “factores de risco” não devem ser usados para prever complicações durante a gravidez e o parto. O sistema de categorização do risco, ou a “abordagem do risco”, usado no passado para mulheres grávidas, não é útil porque, muitas mulheres classificadas como de “alto risco” não têm complicações, enquanto muitas mulheres classificadas como de “baixo risco” têm complicações. Portanto, todas as mulheres devem ser consideradas “em risco” de desenvolverem complicações.

Discussão detalhada

Conduza os alunos para uma discussão mais detalhada.

Faça perguntas de modo a promover a discussão.

Ajude os alunos a pensarem sobre situações da vida real que as mulheres grávidas enfrentam todos os dias.

As seguintes perguntas podem ajudar a conduzir a discussão.

- P:** *Quais os sentimentos da mulher cuja vida e saúde estão em risco durante a gravidez e parto?*
R: *Desapontamento, frustração, incapacidade porque não pode mudar ou influenciar a situação, medo.*
- P:** *Quais os sentimentos da mulher que consegue ter acesso aos cuidados de saúde que necessita durante a gravidez e parto?*
R: *Alívio, encorajamento, segurança, esperança.*
- P:** *Haverá pessoas que têm mais dificuldades na vida do que outras?*
R: *Sim.*

4. **P:** Parece injusto?

R: Sim! A vida pode ser injusta. Algumas mulheres:

- Nascem em famílias muito pobres,
- Não têm o suficiente para comer,
- Não crescem de forma adequada,
- Não são imunizadas e,
- Não têm acesso aos cuidados de saúde.

De facto, estão sempre em desvantagem

5. **P:** A mulher tem algum controlo sobre os riscos que enfrenta?

R: As mulheres não têm muito controlo sobre os riscos que enfrentam. Por vezes um risco está presente mas não mata ou prejudica a mulher. Mas é um factor de sorte. Tal como a cobra escondida na erva, pode não nos fazer mal, mas enquanto está presente corremos perigo e seríamos muito tontos se o ignorássemos.

6. **P:** As mulheres têm alguma escolha sobre os cuidados de saúde a que têm acesso?

R: Não. Em muitos casos, o acesso aos cuidados de saúde não está ao alcance da mulher.

7. **P:** O que sentiria se fosse a instituição de saúde que não funcionasse de forma adequada?

R: Desapontamento, frustração, aborrecimento, incapacidade.

Pense nos serviços de saúde que, embora existam, não funcionam de forma adequada. Será que pode ser pior do que não existirem?

8. **P:** Possuímos a capacidade de abolir os riscos e construir e reparar serviços/instituições de saúde?

R: Sim, sem sombra de dúvidas!

Podemos fazer várias coisas:

Avaliar do estado da mulher durante a gravidez e o parto.

Desenvolver um plano de parto com a mulher e a sua família, incluindo um local para o nascimento e sua condução, com base nas necessidades individuais da mulher e nas acções a tomar em caso de surgirem complicações durante a gravidez ou parto.

Dar informação e aconselhamento à mulher e à sua família sobre os sinais de perigo durante a gravidez e parto, e sobre o que fazer se isso acontecer.

Reconhecer complicações precocemente e intervir rapidamente, incluindo tratamento de urgência e encaminhamento sempre que necessário. As mulheres devem ser encorajadas a planear como é que irão chegar a um local de tratamento adequado no caso de haver alguma complicação.

Dar à mulher aconselhamento e tratamento em relação a manter-se saudável durante a gravidez e parto.

TRABALHO DE GRUPO

Divida os alunos em pequenos grupos e distribua as “Instruções para os alunos” e a Ficha de Trabalho para avaliação do risco. Escreva, no quadro, os factores de risco enumerados na folha de exemplos e deixe que os alunos os copiem. Divida os factores de risco pelos grupos de modo a poupar tempo.

Instrua cada par de alunos para trabalhar na análise do risco seguindo o descrito nas 4 colunas da folha de exemplos.

Trabalhe um dos exemplos com os alunos.

Após os alunos terem terminado o trabalho de grupo, deixe que cada um apresente os resultados. Use a folha de exemplos como guia.

REDUZIR OS RISCOS

Após analisar os riscos, os alunos devem estar prontos a intervir de modo a reduzi-los.

Os alunos devem trabalhar em pares. Cada par deve seleccionar:

- 1. Um factor de risco;*
- 2. Uma comunidade onde esse risco existe;*
- 3. Um indivíduo ou grupo de pessoas com quem trabalhar (por exemplo, adolescentes, grávidas, mulheres mais velhas, sogras, parteiras tradicionais, profissionais de saúde, líderes comunitários);*
- 4. Um método que irá utilizar, tal como:*
 - Discussão;*
 - Representação;*
 - Música;*
 - Dança.*

O professor pode decidir organizar alguma actividade para todos os alunos. Estes podem:

- Avaliar as necessidades da mulher;*
- Desenvolver um plano de parto com ela; ou*
- Rever o sistema de encaminhamento de várias comunidades; ou*
- Organizar sessões de informação para ajudar a prevenir um problema particular.*

Por outro lado, o professor pode permitir que os alunos tenham liberdade de escolha na selecção do risco e na forma de o abordarem.

De seguida peça aos alunos para escreverem e apresentarem um plano de acção (tal irá permitir que os oriente e aconselhe).

Prepare visitas comunitárias de modo a que os alunos possam implementar os seus planos.

Instrua os alunos a fazerem avaliação dos pares enquanto colocam o seu plano em acção. Dê-lhes as instruções sobre a avaliação dos pares. (Ver o final desta Sessão para conselhos sobre a avaliação dos pares).

Por último, prepare as tutorias de modo a discutir e avaliar a experiência. (Recomendam-se tutorias de cerca de 8 alunos, isto é, 4 pares. De seguida sugerem-se as linhas de orientação para as tutorias).

Tutorias

Incentive a discussão acerca dos factores de risco. Verifique se os alunos compreendem:

- 1. **Porque** é que certos factores colocam a mulher em risco.*
- 2. **Como** é que se pode abolir ou reduzir o risco.*
- 3. **O que é que** fizeram na comunidade para reduzir os factores de risco?*

4. **Quão eficazes consideram que foram?**
5. **O que é que aprenderam com a experiência.** Aqui devem incluir o que aprenderam uns com os outros através da avaliação dos pares.
6. **O que é necessário fazer para continuar a reduzir os riscos, por exemplo:**
 - *As mulheres da aldeia A compreendem a necessidade de uma boa dieta e dos suplementos de ferro mas necessitam de aprender a fazer comida nutritiva a um preço que possam pagar; ou*
 - *Cada instituição de saúde deve receber um suplemento de ferro.*

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações associadas com o factor de risco para a mãe (**=risco acrescido para o bebé)	O risco deve-se a:	Acção necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura
Idade inferior a 18 anos	<p>Aborto inseguro. Eclâmpsia **.</p> <p>PPTP **.</p>	<p>Gravidez não desejada. Causa desconhecida. A investigação mostra aumento da incidência.</p> <p>Pélvis pequena. Casamento precoce.</p>	<p>Educação, aconselhamento e serviços de planeamento familiar. Avaliação cuidadosa.</p> <p>Reservar para o hospital, avaliação pélvica hospitalar apropriada: indução do parto, uso do partograma, cesariana se necessário. Uso de casas de espera de maternidade. Discutir os costumes com os líderes comunitários.</p>
Altura inferior a 145 cm	PPTP **.	Desproporção cefalo-pélvica.	Reservar no hospital, avaliação pélvica, tratamento adequado: indução do parto, uso do partograma, cesariana se necessário. Uso de casas de espera de maternidade.
Não imunizada contra o tétano	Sépsis puerperal.	<p>Infecção com <i>Clostridium tetani</i> – infecção genital que conduz a infecção do sistema nervoso.</p> <p>Práticas tradicionais não higiénicas.</p>	Assegurar imunização total. Evitar parto prolongado e PPTP, anemia, intervenções desnecessárias – especialmente contaminação com terra/ estrume de vaca – educar as parteiras tradicionais, assegurar assépsia rigorosa.

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações devido ao risco para a mãe (* *=risco especial para o bebé)	O risco deve-se a:	Acção necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura
Problemas médicos prévios ou existentes:			
(a) Tuberculose	Infertilidade, aborto espontâneo tardio, morte intra-uterina (MIU) com risco associado de coagulação intravascular disseminada (CID) a seguir a nado morto macerado.	Saúde geral materna má que muitas vezes inclui anemia.	Tratar a doença existente, melhorar a dieta, higiene e privação socio-económica associada, por exemplo, sobrelotação da habitação e condições para dormir.
(b) Anemia	Aborto espontâneo, parto pré-termo, morte intra-uterina (MIU) (ver anterior), HPP, sépsis puerperal.	Saúde geral materna má.	Ter em conta a causa e tratar por exemplo, malnutrição, malária, ginecológica. Ter em conta os problemas socio-económicos. Aconselhamento, educação e ajuda.
(c) Malária	Anemia incluindo deficiência de ácido fólico. Aborto espontâneo, parto pré-termo, ** MIU (ver anterior), HPP, sépsis puerperal.	Destrução rápida das células vermelhas pelos parasitas. Febre.	Assegurar a profilaxia da malária. Tratar malária e anemia existentes.
(d) Hipertensão	Eclâmpsia **.	Hipertensão agravada pela gravidez.	Controlar a tensão arterial antes da gravidez, avaliar cuidadosamente durante a gravidez.
Mãe Rhesus negativo	Incompatibilidade Rhesus ** - icterícia hemolítica pode conduzir a MIU com os problemas associados (ver anterior).	Isoimunização – hemólise das células vermelhas fetais.	Unicamente imunização anti-D. Se não estiver disponível, planeamento familiar (PF) após o primeiro bebé afectado. Considerar esterilização.

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações devido ao risco para a mãe (**=risco especial para o bebé)	O risco deve-se a:	Acção necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura
Cirurgia ginecológica anterior:			
(a) Colo do útero	Aborto espontâneo, parto pré-termo**.	Incompetência cervical.	Evitar aborto inseguro e intervenções desnecessárias.
(b) Útero	Rotura do útero com choque e hemorragia**.	Tecido cicatricial enfraquecido.	Evitar gravidez nos 2 anos seguintes à cirurgia Reservar para o hospital. Monitorização atenta do parto.
(c) Genitália externa: traumatismo anterior incluindo circuncisão feminina	Parto prolongado e PPTP**, traumatismo adicional.	Tecido cicatricial fibrosado.	Exame e discussão das práticas tradicionais com os líderes comunitários, legislação de protecção. Tratamento competente do trabalho de parto e nascimento (partograma). Episiotomia se necessário.
História de doença ou acidente da pélvis óssea	Parto prolongado e PPTP**.	Desproporção céfalo-pelvica – pélvis de forma irregular.	Avaliação precoce e indução do parto ou cesariana selectiva.
Hábitos de:			
(a) Ingestão excessiva de álcool	Compromisso de todos os sistemas corporais, adição, síndrome alcoólica fetal**.	Efeitos tóxicos do álcool.	Educação, aconselhamento, apoio.
(b) Tabagismo	Doença cardiovascular e maligna, atraso no crescimento intra-uterino (ACIU).	Efeitos tóxicos do tabaco.	Como descrito anteriormente.

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações devido ao risco para a mãe (**=risco especial para o bebé)	O risco deve-se a:	Acção necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura
Gesta 5 ou mais (elevada paridade)	Parto prolongado ou PPTP, HPP, sépsis (se anémica).	Músculo uterino laxo, HPP agravada por anemia.	Serviços de planeamento familiar. Monitorização cuidada durante a gravidez, parto: uso do partograma, tratamento activo da terceira etapa. Preparar equipamento de infusão endovenosa.
Intervalo de menos de 2 anos desde a última gravidez	Elevada paridade (ver anterior), anemia.	Tempo insuficiente para recuperar da última gravidez e risco acrescido de anemia.	Serviços de planeamento familiar acessíveis e aceitáveis. Tratamento efectivo da anemia.
Parto prolongado ou PPTP anterior	Pode haver recorrência.	Pelo mesmo motivo, por exemplo, desproporção cefalo-pélvica.	Avaliação precoce, reserva hospitalar. Teste de parto usando o partograma ou a cesariana selectiva.
HPP anterior e ou retenção da placenta	Pode haver recorrência.	Útero atónico. Tendência para placenta aderente.	Reservar hospital, corrigir a anemia, evitar o parto prolongado, tratamento activo da terceira etapa do trabalho de parto, administração de uma perfusão EV, disponibilidade de dadores de sangue.
Infecção vaginal	Sépsis puerperal.	Organismo causador.	Tratar durante a gravidez e no período pós-natal, se necessário.
Infecção do tracto urinário	Parto pré-termo**.	Infecção.	Recolha de urina para cultura. Administrar antibiótico adequado e muitos líquidos.
Sífilis	Aborto espontâneo, parto pré-termo, ACIU**, sífilis congénita**.	Infecção.	Rastreio pré-natal, tratar no início da gravidez com penicilina para prevenir efeitos adversos no feto.

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações devido ao risco para a mãe (**=risco especial para o bebé)	O risco deve-se a:	Acção necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura
Apresentação não cefálica às 34 semanas ou mais tarde	Parto prolongado ou PPTP**.	Desproporção cefalo-pélvica.	Encaminhar precocemente para o hospital, avaliação pélvica, indução de parto com partograma ou cesariana selectiva se a apresentação persistir.
Útero grande para o tempo de gestação e/ou gravidez múltipla diagnosticada	Parto prolongado e PPTP. HPP.	Gravidez múltipla, bebé grande ou hidrâmnio, desproporção cefalo-pélvica, músculo uterino sobre-esticado.	Encaminhar para o hospital para avaliação e possível parto com complicações. Tratamento activo da terceira etapa do trabalho de parto, com o segundo gémeo na gravidez múltipla.
Febre elevada	Aborto espontâneo, parto pré-termo**.	Possibilidade de Malária.	Investigar e tratar em conformidade.
Movimentos fetais inexistentes	Feto em risco, risco de MIU e ACIU. Coagulopatia se feto em decomposição no útero por 3 ou 4 semanas ou mais. HPP.	Falta de oxigénio no útero. CID.	Encaminhar imediatamente para um hospital com tratamento especial de bebés e meios de avaliação fetal. Se ACIU ou MIU, induzir o parto e ajuda de um neo-natologista.
Gravidez não desejada	Aborto inseguro. Sépsis Puerperal.	Mulher desesperada para terminar a gravidez.	Disponibilizar serviços e aconselhamento de planeamento familiar tornando-os acessíveis e aceitáveis. Promover o uso dos serviços. Examinar a políticas de planeamento familiar.
	Hemorragia.	Infecção.	Em caso de aborto séptico administre antibióticos endovenosos e encaminhe imediatamente para um nível superior de cuidados. Dê drogas ocitócicas endovenosas para controlar a hemorragia.

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS”

Análise do risco

O que têm de fazer:

1. Devem ter recebido do vosso professor uma ficha de trabalho sobre análise do risco.
2. Escrevam, na primeira coluna, os factores de risco (o vosso professor deixá-los-á copiá-los do quadro) .
3. Decidam quais as complicações que este risco irá causar. Estas complicações podem ameaçar a vida ou saúde da mulher e/ou bebé. Escrevam-nas na segunda coluna.
4. Expliquem a(s) razão(ões) ou causa(s) do risco. Escrevam-na(s) na terceira coluna.
5. Sugiram a intervenção que irá prevenir a morte ou morbilidade e promover uma Maternidade Segura. Escrevam-na na quarta coluna.

FOLHA DE EXEMPLO DE FACTORES DE RISCO

Factor de risco	Complicações devido ao risco para a mãe (**=risco especial para o bebé)	O risco deve-se a	Ação necessária para prevenir a morte e promover uma Maternidade Segura

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS”

Avaliação dos pares

A avaliação dos pares é um método de ajuda mútua. Provavelmente já o fizeram de forma informal. Podem estudar com um amigo e depois testarem-se mutuamente para ver o que aprenderam.

É-lhes pedido que trabalhem com um colega. Já desenvolveram um plano de acção. O vosso professor aconselhou-os e ajudou-os quando necessário. Agora coloquem o vosso plano em acção. Enquanto o seu colega trabalha, acompanhe-o, ajude-o e tome notas sob a forma como está a trabalhar.

1. Façam uma lista das coisas que ele(a) faz, que considera positivas, por exemplo:

- Abordagem suave;
- Registos claros;
- A forma como partilha a informação é útil.

2. Façam uma lista das coisas que ele faz, que considera que podiam ser melhoradas, por exemplo:

- Não passou tempo suficiente com uma mulher que estava muito ansiosa;
- Portou-se de uma forma arrogante com as parteiras tradicionais, em vez de as tratar como iguais;
- Utilização inadequada de audiovisuais.

3. Discutam em conjunto:

- O que aprenderam com a experiência;
- Qual será a próxima acção. Lembre-se de que nunca deve realizar um exercício apenas para sua própria aprendizagem. Deve beneficiar sempre o cliente. As mulheres e as suas famílias devem ter a certeza que cumpre as promessas que faz e que continua os cuidados que começou;
- O que irão partilhar com o professor e com os outros alunos nas tutorias.

9. ATRASOS SIGNIFICAM MORTE

SESSÃO 9

ATRASOS SIGNIFICAM MORTE

FINALIDADES

Capacitar os alunos para compreenderem que os atrasos podem ocorrer em locais muito diferentes e por diferentes motivos:

- Que os atrasos podem causar a morte ou complicações graves que podem resultar em morbidade;
- Que os atrasos podem ser prevenidos;
- Que lidar com este assunto irá ajudar a reduzir as mortes maternas e a promover uma Maternidade Segura.

OBJECTIVOS

No final da sessão 9 os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever os atrasos que podem ocorrer no processo de procura de cuidados médicos/ ajuda de enfermagem obstétrica.
2. Identificar os factores que influenciam os atrasos em qualquer altura.
3. Analisar as causas de atrasos identificadas na prática e preparar um plano de acção de modo a lidar com esses aspectos.

PLANO

Exposição, contar história e/ou representação (1 hora).

Trabalho de grupo (1 hora).

RECURSOS

“Instruções para os alunos”.

INTRODUÇÃO

É importante que os alunos percebam que os atrasos são perigosos. Sempre que possível, introduza o tema dando exemplos práticos da sua experiência.

Os atrasos podem ocorrer em qualquer altura e por diferentes motivos. Sempre que há um atraso e independentemente das razões, este é perigoso porque pode causar a morte.

Considere se podem ocorrer atrasos na sua comunidade. Se sim, decida o que se pode fazer para:

- Evitar os atrasos.
- Prevenir a morte.
- Promover uma Maternidade Segura.

FASES DOS ATRASOS

Os atrasos têm sido descritos em três fases:

- 1ª fase – decisão para procurar os cuidados.
- 2ª fase – aceder a uma instituição médica.
- 3ª fase – receber os cuidados adequados.

1.ª Fase: Atraso na decisão para procurar os cuidados

É afectado por:

- Estatuto económico.
- Estatuto educacional.
- Estatuto das mulheres.
- Características da doença.

Questões que irão ajudar na discussão de aspectos importantes:

- As pessoas usam as instituições de saúde com a frequência devida?
- Quem utiliza mais as instituições de saúde? Porquê?
- O que evita a utilização?
- Quem toma a decisão de procurar os cuidados?
- Este facto, por vezes, causa atrasos?
- O estatuto da mulher na comunidade evita que tome decisões?

2ª Fase: Atraso em aceder a uma instituição médica

É afectado por:

- Distância.
- Transporte.
- Estradas.
- Custo.

Os seguintes aspectos irão ajudar na discussão de aspectos importantes da 2ª fase:

- Qual a distância que as mulheres têm de percorrer para procurarem cuidados?
- Como chegam aos cuidados?
- Qual é o custo?
- Quem paga?

3ª Fase: Atraso em receber o tratamento adequado

As seguintes questões irão ajudar na discussão:

- Qual a qualidade que a mulher pode esperar dos cuidados prestados pela instituição?
- A ajuda adequada está sempre disponível?
A ajuda adequada significa:
 - Pessoal qualificado;
 - Fármacos;
 - Equipamento esterilizado;
 - Sangue para transfusão.

Que outros tipos de ajuda podem sugerir os alunos?

Como se relacionam as fases do atraso

Relembre a história da D.ª X.

Quais foram as fases de atraso por que passou até receber o tratamento?

- Houve atraso na procura de cuidados porque não sabia que estava num estado que punha a vida em perigo (placenta prévia).
- Houve atraso em chegar ao hospital (vivia numa aldeia remota e a viagem demorou 4 horas).
- Houve atraso até no hospital (só 3 horas depois da admissão é que foi operada).

Pergunte aos alunos quais dos seguintes factores influenciaram o atraso no tratamento da D.ª X:

- Estatuto económico.
- Educação.
- Estatuto da mulher.
- Características da doença (estava mal nutrida, anémica e tinha infestação parasitária).
- Distância.
- Transporte, estradas.
- Custo.
- Qualidade dos cuidados.

Todos estes factores contribuíram para o atraso no tratamento da D.ª X.

A HISTÓRIA DA Dª Y

Partilhe esta história com os alunos. É verdadeira. Desta vez vamos chamar à mulher D.ª Y.

Os alunos podem apresentar esta história através da representação ou contando um história.

Porque morreu a D^a Y?

A D.^a Y morreu durante o parto. Era o seu quinto parto. Não era de uma aldeia remota, vivia na cidade. Inicialmente chegou a tempo ao hospital mas...

... até que encontrassem um veículo para a transportar para o hospital,

... até que fizessem a sua admissão,

... até que fosse admitida,

... até que fosse feito o seu processo clínico,

... até que fosse chamada a parteira,

... até que a parteira acabasse de comer,

... até que a parteira chegasse,

... até que o marido saísse para comprar luvas,

... até que a parteira examinasse a mulher,

... até que a hemorragia começasse,

... até que o médico fosse chamado,

... até que encontrassem o médico,

... até que a ambulância partisse para ir buscar o médico,

... até que o médico chegasse,

... até que o marido saísse para comprar os fármacos, sistema de soros e soros,

... até que o marido fosse à procura de sangue por toda a cidade,

... até que o marido o encontrasse,

... até que o marido implorasse ao farmacêutico para reduzir os preços uma vez que já tinha gasto o dinheiro em gazes, pensos, fármacos e soluções,

... até que o hematologista fosse chamado,

... até que o hematologista chegasse e colhesse sangue do pobre marido cansado,

... até que as enfermeiras passassem o turno,

... até que a parteira viesse novamente,

... até que encontrassem o médico,

... até que o médico chegasse,

... a mulher morreu!

TRABALHO DE GRUPO

Após ter contado e/ou representado a história, divida os alunos em dois grupos de modo a que possam discutir os assuntos destacados nas “Instruções para os alunos”, fornecidas no final desta Sessão.

Feedback

Durante o feedback, assegure-se que os seguintes aspectos são tratados:

1. Os factores que influenciam os atrasos podem incluir:
 - Transporte;
 - Burocracia que torna mais importante preencher impressos e em acertar nos procedimentos do que as pessoas que precisam de ajuda;
 - Procedimentos/rotinas (por exemplo, admissão) são úteis mas não quando interferem com a urgência;
 - Disponibilidade do pessoal (se de serviço/ prevenção, onde estão e como podem ser contactados/ chegar rapidamente?);
 - Falta de noção de urgência (parteira/ médico/ pessoal do laboratório);
 - Falta de materiais/ equipamento (o marido teve que os arranjar e não os podia pagar);
 - Serviços laboratoriais;
 - Tempo de passagem de turno.
2. Os alunos podem concluir que a D.^a Y podia ter morrido no hospital local, de causas semelhantes, e que o atraso seria o principal problema.
3. Encoraje ideias práticas e realistas. Use o quadro ou flipchart e faça duas colunas como se demonstra a seguir.

Escreva as causas e intervenções que concordar.

Causa atrasos: <i>Por exemplo: Procedimentos de admissão muito extensos e complicados</i>	Intervenções para prevenir atrasos: <i>Por exemplo: Modificar o procedimento para admissões de urgência</i>
<i>1.ª fase de atraso:</i>	
<i>2.ª fase de atraso:</i>	
<i>3.ª fase de atraso:</i>	

“INSTRUÇÕES PARA OS ALUNOS”

Porque morreu a D.^a Y?

1. Identifiquem os factores que influenciaram o atraso no tratamento que a D.^a Y necessitava.
2. Quais destes factores podiam ter ocorrido no seu hospital/ instituição?
3. Que acções necessitam de ser tomadas para prevenir que outra D.^a Y morra?

10. VIH/SIDA E MATERNIDADE SEGURA

SESSÃO 10

VIH/SIDA E MATERNIDADE SEGURA

FINALIDADES

- Proporcionar aos estudantes a oportunidade de perceber a infecção por VIH e a SIDA, no contexto da gravidez e do parto.
- Capacitar as parteiras com uma apreciação do seu papel e responsabilidade, e com competências técnicas para o tratamento de mães, bebés e famílias afectadas pelo VIH/SIDA.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 10 os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar as maiores fontes de infecção pelo VIH.
2. Descrever os factores sociais e culturais que colocam as mulheres em risco de infecção pelo VIH.
3. Explicar os três eixos da abordagem para prevenir a transmissão vertical mãe-filho do VIH.
4. Explicar os riscos de amamentação e de alimentação de substituição e recomendações práticas.
5. Descrever como o VIH pode ser transmitido nos locais de trabalho e como criar um ambiente de trabalho seguro.

PLANO

Exposição (1 ½ horas).

Trabalho de grupo, feedback e discussão (1 ½ horas).

RECURSOS

“Instruções para o trabalho de grupo”.

Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives. Geneva, World Health Organization, 2000.

HIV in pregnancy: a review. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO/CHS/RRHR/99 15 and UNAIDS/00.35E).

New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/RHR/01.28).

Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of mother-to-child transmission of HIV: an assessment tool research. World Health Organization, 2001 (WHO/CAH/01.21, and WHO/RHR/01.12).

Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use of zidovudine. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/HIV-AIDS/2001.3, and WHO/RHR/01.21).

WHO/AIDS series 2, 2nd ed. Guidelines on sterilization and high-level disinfection methods effective against human immunodeficiency virus (HIV). Geneva, World Health Organization, 1995.

WHO/AIDS series 3. Guidelines for nursing management of people infected with human immunodeficiency virus (HIV), WHO in collaboration with the International Council of Nurses (ICN). Geneva, World Health Organization, 1988.

HIV prevention and care: teaching modules for nurses and midwives. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/GPA/CNP/TMD/93.3).

AIDS home care handbook. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHO/GPA/IDS/HCS/93.2).

INTRODUÇÃO

Comece a sessão apresentando a informação geral sobre VIH e SIDA que se segue:

O vírus da imunodeficiência humana (VIH) continua espalhar-se pelo mundo, afectando comunidades que habitualmente não foram afectadas pela epidemia no passado e complicando ainda o problema nas áreas em que a SIDA já é a principal causa de morte em adultos (definidos como pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 49). Estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas e da Organização Mundial de Saúde para o VIH/SIDA (UNAIDS) mostram que no final de 1999, mais de 30 milhões de pessoas estavam infectadas com VIH (27 milhões das quais desconheciam o facto de estarem infectadas com VIH). A somar a isto, 12,7 milhões de pessoas no mundo tinham já perdido as suas vidas devido à doença. O vírus continua a espalhar-se, com cerca de 16.000 novas infecções a ocorrerem todos os dias. A nível mundial o VIH encontra-se entre as dez principais causas de morte e, dados os números actuais de infecção por VIH, pode muito rapidamente vir a colocar-se entre as 5 principais causas de morte.

A maior concentração de infecções por VIH encontra-se nos países em desenvolvimento. Oitenta e seis por cento das pessoas com VIH vive na África Sub-Sahariana e nos países em desenvolvimento da Ásia. As taxas de infecção estão a subir rapidamente, em grande parte da Ásia, da Europa de Leste e África Austral.

Em alguns países da América Latina a prevalência está a subir rapidamente, enquanto em outra partes da América Latina e em muitos países industrializados as taxas de infecção estão a diminuir ou tornar-se estáveis. Este é também o caso na Tailândia, no Uganda e em alguns países na África Oriental. No entanto, apesar da situação estar a melhorar entre muitos grupos, todos os anos ainda ocorrem um grande número de novas infecções nestes países.

Não existe uma explicação simples para o facto de alguns países serem mais afectados pelo VIH do que outros. No entanto, a pobreza, a iliteracia e a adopção de comportamentos de risco são responsáveis por grande parte da epidemia. As pessoas infectadas pelo VIH, não têm habitualmente sintomas de doença durante muitos anos e podem infectar outros sem se aperceberem que eles próprios estão infectados.

É importante que as parteiras e enfermeiras percebam a extensão do problema, tanto a nível local como nacional.

Use as questões que se seguem para reflectir sobre discutir a situação a nível local e nacional.

- *Quantas pessoas na sua comunidade local estão neste momento infectadas com VIH?*
- *Qual é a taxa de novas infecções na sua comunidade?*
- *Qual é a principal forma de transmissão do VIH no seu país?*
- *Quantos casos de SIDA foram notificados no seu país?*

Prepare-se para responder a estas perguntas se os alunos forem incapazes de o fazer. Se não existirem ou não se tiver acesso a estatísticas nacionais, esteja preparado para explicar como é que essa informação pode ser recolhida. Por exemplo, dirigindo-se a hospitais (para consultar o número de doentes internados que são VIH Positivos), dirigindo-se a serviços de Infecções Sexualmente Transmitidas (IST's), serviços de sangue e outras infra-estruturas usadas para obter informação sobre como o tratamento do VIH podem estar na origem de informação importante sobre a situação do VIH/SIDA.

AS MAIORES FONTES DE TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO POR VIH

Existem quatro formas principais de infecção por VIH:

Transmissão sexual: A forma mais comum de transmissão por VIH é através das relações sexuais ou por contacto com sangue infectado, sémen ou fluidos vaginais ou uterinos transmitido da pessoa infectada para o seu parceiro sexual, quer sejam de homem para mulher, de homem para homem ou de mulher para mulher, apesar de último ser menos provável. A transmissão do VIH por contacto sexual pode ocorrer via vaginal, oral, anal, ou rectal. A transmissão de homem para mulher, habitualmente de um único parceiro, é agora a forma mais vulgar de transmissão sexual de VIH.

Pergunte aos alunos como é que a transmissão sexual de VIH pode ser prevenida? Compare as respostas deles com a informação que se segue:

A maneira mais segura de prevenir a transmissão sexual de VIH é a abstinência. No entanto, na maioria dos casos isso não é realista nem aceitável. A segunda forma mais eficaz são os métodos de protecção que evitam que o sémen e os outros fluidos corporais passem de um parceiro para o outro. Isto inclui preservativos femininos e masculinos.

Transfusões de sangue e de produtos sanguíneos, tecidos transplantados ou órgãos de dadores infectados com VIH: Existe uma probabilidade entre 90 a 95% de uma pessoa que recebe sangue de um dador infectado com VIH, fique infectada. Os receptores de sangue têm um risco acrescido de infecção por VIH. Este risco pode no entanto prevenir-se se forem usadas fontes de sangue seguras e pelo uso adequado das transfusões sanguíneas.

Pergunte aos alunos quais são as dificuldades que identificam como podendo limitar o acesso a fontes de sangue seguras. Anote as respostas no quadro ou flipchart. Assegure-se de que são identificados os seguintes pontos:

- Falta de uma política e de um plano nacional;
- Falta de um serviço organizado de transfusões de sangue;
- Falta de dadores seguros ou existência de dadores não seguros;
- Falta de rastreio de sangue e;
- Uso desnecessário ou inadequado do sangue.

Existem, em muitos países, sistemas de regulamentação de dadores, rastreio e transfusões, mas que não são seguidos. É de extrema importância regulamentar e cumprir essa regulamentação.

Existem três elementos essenciais para garantir um banco de sangue seguro:

1. Deve existir um serviço nacional de transfusões sanguíneas que funcione numa base não lucrativa e que responda perante o Ministério da Saúde.
2. Onde for possível, deve existir uma política que exclua todos os dadores pagos ou profissionais, e ao mesmo tempo, encorajar os dadores voluntários (não pagos) a fazer doações regulares. Os dadores adequados são os classificados como de baixo risco de infecção.
3. Todo o sangue resultante de doação deve ser rastreado para o VIH, para vírus da hepatite B (VHB), e Sífilis (e o vírus da hepatite C (VHC), onde for possível). Para além disto, é também importante que tanto dadores como doentes estejam conscientes de que o sangue deve ser usado apenas quando as transfusões são de facto necessárias.

Uso de instrumentos penetrantes ou material de injeção contaminado com VIH: o VIH pode espalhar-se muito rapidamente entre toxicodependentes, e deles para os seus parceiros sexuais e crianças. A forma mais frequente de transmissão de VIH entre toxicodependentes é a partilha de seringas não esterilizadas. Há duas estratégias que mostraram ser eficazes: a venda de agulhas e seringas a um custo mínimo nas farmácias e outros pontos de venda; e programas de troca de seringas.

Coloque aos alunos as seguintes questões:

Existe um problema de toxicod dependência na sua comunidade/país?

Se existir, qual a oferta de intervenções para prevenção da infecção por VIH?

Transmissão vertical mãe-filho durante a gravidez ou trabalho de parto e depois do parto, pelo aleitamento: A transmissão vertical mãe-filho do VIH é a fonte mais significativa de infecção por VIH nas crianças com menos de 10 anos. Na ausência de aleitamento, a maioria das infecções ocorrem durante o trabalho de parto e o parto (ver **Quadro 1**).

Informe o aluno que a estratégia de prevenção de transmissão vertical mãe-filho, será discutida mais tarde nesta sessão.

Quadro 1: Momento e risco estimado da transmissão vertical mãe-filho do VIH.

Taxa de transmissão (%)			
Momento	Sem aleitamento	Aleitamento durante 6 meses	Aleitamento durante os 18-24 meses
Durante a gravidez	5 a 10	5 a 10	5 a 10
Durante o trabalho de parto	10 a 20	10 a 20	10 a 20
Durante o aleitamento			
Cedo (primeiros dois meses)		5 a 10	5 a 10
Tarde (depois dos dois meses)		1 a 5	5 a 10
TOTAL	15 a 30	25 a 35	30 a 45

MULHERES, FACTORES DE RISCO E INFECCÃO POR VIH

Os factores que colocam a mulher em risco de infecção por VIH podem ser agrupados como se segue:

Vulnerabilidade biológica: A investigação mostra que o risco de vir a ser infectado com VIH durante uma relação sexual com penetração desprotegida é duas a quatro vezes maior para as mulheres do que os homens. As mulheres também são mais vulneráveis a outras IST's. Uma das principais razões para isto é o facto de as mulheres terem uma maior área de mucosa na vagina e no colo do útero) exposta às secreções do seu parceiro. Para além disso, o sêmen infectado com VIH contém geralmente concentrações mais elevadas do vírus do que as secreções sexuais de uma mulher. Para as mulheres mais jovens o risco é ainda maior porque a imaturidade do seu colo do útero e a escassez de secreções vaginais resultam numa barreira menos protectora contra o VIH, e são mais susceptíveis a lacerações da mucosa vaginal.

Vulnerabilidade social e económica: As medidas preventivas tais como a abstinência, a fidelidade a um parceiro, o uso do preservativo, os programas de troca de seringas (para toxicod dependentes) e o encorajamento e criação de condições para o tratamento imediato de IST'S, têm ajudado a evitar a infecção por VIH. No entanto, para milhões de mulheres, a sua capacidade de tomar decisões sobre medidas preventivas é limitada pelas suas circunstâncias socioeconómicas, pela sua falta de recursos económicos, pelo receio de serem votadas ao abandono e por medo da violência por parte dos seus parceiros masculinos. Assim sendo, muitas mulheres têm pouco controlo sobre como e quando têm sexo e têm pouco ou nenhum controlo sobre o risco de virem a ser infectadas. Mesmo que a mulher suspeite que o seu parceiro tem VIH, provavelmente não será capaz de recusar ter sexo ou insistir no uso de preservativo, se isso implica perder o apoio desse mesmo parceiro.

Falta de conhecimento: Milhões de raparigas crescem com pouco ou nenhum conhecimento acerca do seu sistema reprodutivo, ou do modo de transmissão e prevenção do VIH.

Hábitos sexuais e normas sociais: Habitualmente espera-se que as mulheres deixem a iniciativa e a decisão de ter relações sexuais para o seu parceiro, e que aceitem um comportamento voraz e violento. Para além disso, existe frequentemente um padrão duplo em que as mulheres de ou descartadas por infidelidade (real ou suspeitada), enquanto que em relação aos homens é esperado ou pelo menos permitindo que tenham múltiplas parceiras.

Falta de oportunidades económicas: O direito das mulheres a oportunidades iguais de educação e de emprego não é muitas vezes respeitado, o que reforça a dependência das mulheres em relação aos homens. Esta dependência pode ser em relação ao marido, a um parceiro estável que dá presentes em troca de sexo, a vários parceiros estáveis que são os pais dos seus filho(s) ou, para prostitutas, a determinados clientes. A dependência conduz a um comportamento submisso e gera nas mulheres um sentimento de falta de poder e de incapacidade para assumirem o controlo das suas vidas.

TRABALHO DE GRUPO

A vulnerabilidade das mulheres à infecção por VIH advém da falta de poder e de controlo sobre os factores de risco descritos anteriormente. Uma forma importante de responder a este problema consiste em criar oportunidades que promovam o empoderamento das mulheres.

Divida os alunos em pequenos grupos e veja com eles as “Instruções para o trabalho de grupo”, que se encontram no final da sessão. Assegure-se de que os alunos compreenderam o que é esperado deles. Dê aos grupos uma hora para a realização da actividade e passe algum tempo com cada um dos grupos, de modo a facilitar a realização de actividade. Dê a cada grupo entre 5 a 10 minutos feedback acerca dos resultados da sua actividade.

Feedback e Discussão

O que se segue são exemplos de oportunidades para promover o empoderamento das mulheres, o que pode ser útil para comparar com o que os alunos identificaram como oportunidades durante o feedback e discussão.

Criar serviços amigos das mulheres: *Assegure-se de que as mulheres têm acesso a serviços de saúde adequados, incluindo serviços de prevenção e tratamento de VIH/IST. Os serviços devem estar acessíveis, em locais e horários convenientes, e aceitáveis para as mulheres. Devem ser disponibilizados de um modo respeitador e garantir sempre a privacidade e a confidencialidade. Devem também estar amplamente disponíveis serviços de aconselhamento e testes voluntários, assim como preservativos e informação e educação sobre o seu uso correcto.*

Combater a ignorância: *Melhorar a educação das mulheres, incluindo educação sobre o seu corpo, IST's, VIH e SIDA e, melhorar a sua confiança para dizer não à actividade sexual não desejada e insegura.*

Criar regras mais seguras: *Proporcionar apoio a grupos de mulheres e organizações comunitárias em questões como, por exemplo, tradições comportamentais, o abuso sexual de menores, a dominação sexual e a mutilação sexual feminina.*

Educar os rapazes e os homens no respeito pelas raparigas e mulheres e na adesão a comportamentos sexuais saudáveis.

Reforçar a independência económica das mulheres: *Encorajar e fortalecer oportunidades de formação especificamente para mulheres, programas de crédito, fundos de poupança e cooperativas de mulheres e estabelecer elos de ligação entre estas actividades de prevenção do VIH/SIDA.*

Reduzir a vulnerabilidade das mulheres através de uma mudança política: *Aos níveis comunitário e nacional (assim como internacionalmente), respeitar e proteger os direitos e a liberdade das mulheres. Isto pode ser alcançado dando voz às mulheres em actividades políticas a nível nacional e internacional.*

PREVENIR A TRANSMISSÃO VERTICAL MÃE-FILHO DO VIH

Continue a Sessão apresentando e discutindo a seguinte informação.

A taxa de transmissão de grávidas infectadas com VIH para os seus filhos, desceu para menos de 2% nos países industrializados. Estes valores foram atingidos através do recurso a regimes terapêuticos anti-retrovirais altamente efectivos na prevenção da transmissão vertical ou no tratamento materno, em conjunto com cesarianas electivas e abstenção do aleitamento recorrendo a alimentação de substituição. Alguns países em desenvolvimento como a Tailândia também tiveram sucesso na redução do número de crianças infectadas com VIH. Para serem atingidos resultados semelhantes noutros países em desenvolvimento, alguns dos quais muito atingidos pela epidemia de SIDA, serão necessárias muitas mudanças e será também necessário resolver alguns problemas-chave.

Uma estratégia de três eixos para a prevenção de transmissão vertical do VIH foi definida pela OMS e os seus parceiros. A estratégia está delineada no **Quadro 2**.

Fotocopie o Quadro para um acetato e use-o para discutir cada um dos três eixos da estratégia.

Também é importante prestar e melhorar os serviços de tratamento e apoio a pessoas infectadas pelo VIH e suas famílias, em especial para o tratamento de mães infectadas pelo VIH; apoio psicossocial para a mãe e a sua família; e o planeamento de tratamento e o apoio a longo-prazo para crianças infectadas pelo VIH e suas famílias.

As parceiras desempenham um importante papel na implementação da estratégia descrita, especialmente no que diz respeito à informação, aconselhamento e educação sobre prevenção do VIH, cuidados pré-natais, práticas seguras de parto e aconselhamento e apoio para hábitos alimentares infantis mais saudáveis.

Quadro 2: Componentes do programa de prevenção e sua contribuição e da transmissão mãe-filho.

	Prevenção primária de VIH dirigida aos futuros pais	Prevenção de gravidezes não desejadas entre mulheres infectadas por VIH	Prevenção de transmissão de VIH entre grávidas infectadas e os seus filhos
Informação, educação e aconselhamento sobre prevenção e tratamento do VIH que inclua abordagens para a prevenção de transmissão mãe-filho.	✓	✓	✓
Promoção do preservativo	✓	✓	✓
Aconselhamento voluntário e teste	✓	✓	✓
Serviços de planeamento familiar		✓	
Tratamento de IST'S	✓		
Cuidados pré-natais			✓
Prevenção da transmissão através do uso de anti-retrovirais			✓
Parto seguro			✓
Aconselhamento e apoio para práticas mais seguras de alimentação infantil			✓
Acção comunitária para reduzir o estigma e discriminação e aumentar o apoio para intervenções de tratamento e prevenção VIH	✓	✓	✓

Riscos da Amamentação e da Alimentação de Substituição

A amamentação está associada a um aumento significativo do risco de transmissão do VIH da mãe para um filho quando comparada com a não amamentação. O risco depende de factores clínicos e varia de acordo com o padrão e duração da amamentação. Em mulheres infectadas por VIH que não estão em tratamento e que continuam a amamentar depois de primeiro ano, o risco absoluto de transmissão é entre 10% a 20%.

O risco de transmissão de VIH da mãe para o filho através de amamentação parece ser maior durante os primeiros meses de vida mas, continua enquanto durar a amamentação.

A alimentação de substituição traz um risco acrescido de morbilidade e mortalidade associada à malnutrição e a doenças infecciosas que não o VIH. Isto é especialmente verdadeiro nos primeiros seis meses de vida e a partir daí decresce. O risco e a viabilidade da alimentação de substituição são afectados pelo ambiente local e pela situação individual de cada mulher.

No que diz respeito às práticas de alimentação infantil, aplica-se o seguinte:

Quando a substituição é aceitável, realista, economicamente possível, suportável e segura, é recomendado que se evite toda a amamentação por mães infectadas por VIH. Quando tal não é possível, a amamentação exclusiva é recomendada nos primeiros meses de vida. Para minimizar o risco de transmissão de VIH, a amamentação deve ser interrompida logo que possível, levando em consideração as circunstâncias locais, a situação individual de cada mulher e o risco de substituição (incluindo outras infecções que não o VIH e malnutrição). Mais informação sobre este assunto poderá ser obtida através de outra documentação da OMS*.

Quando as mães infectadas por VIH decidem não amamentar desde o nascimento ou parar de amamentar mais tarde, deve ser-lhes dado apoio específico pelo menos durante os primeiros dois anos de vida do bebé, para garantir uma alimentação de substituição de qualidade.

RISCOS DE TRANSMISSÃO DO VIH NO LOCAL DE TRABALHO

A transmissão do VIH no local de trabalho assume as seguintes formas.

Aos doentes através de instrumentos contaminados que são reutilizados sem desinfecção e esterilização adequada; transfusão de sangue, transplante de tecidos ou órgãos infectados com VIH; doação de sémen infectado por VIH; e contacto com sangue ou outros fluidos corporais de um profissional de saúde infectado com VIH.

Aos profissionais de saúde através de um acidente com uma agulha ou outro instrumento afiado que tenha sido contaminado com sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada com VIH; exposição de gretas na pele, feridas abertas ou chagas, a sangue ou outros fluidos corporais de uma pessoa infectada por VIH; e salpicos de fluidos corporais para membranas mucosas (boca e olhos).

A maioria dos tratamentos não envolvem qualquer risco de transmissão de VIH; a exposição ocupacional é rara. No entanto, para diminuir o risco de transmissão ocupacional do VIH (bem como de outras doenças infecciosas), todos os profissionais de saúde devem adoptar práticas de prevenção de infecção. O que inclui:

- Perceber e usar sempre as precauções universais com todos os doentes, em todos os contextos, independentemente do diagnóstico do doente;
- Reduzir ao estritamente necessário as transfusões, injeções, suturas e procedimentos invasivos como as episiotomias e outros procedimentos cirúrgicos;
- Mesmo nos contextos mais pobres, garantir a existência dos requisitos mínimos (equipamentos, protocolos e competências) para garantir o controlo da infecção no local de trabalho;
- Adoptar políticas/normas localmente adequadas para o uso correcto dos equipamentos e para a educação e supervisão do pessoal;
- Avaliar e reduzir riscos durante a supervisão de rotina em instituições de saúde.

* HIV and infant feeding: a guide for health-care managers and supervisors, e HIV and infant feeding: guidelines for decision-makers. Geneva, World Health Organization, 2004.

Utilize as perguntas que se seguem para reflectir sobre e discutir a situação nos locais de trabalho com os alunos:

- *Que recursos consideraria essenciais para garantir a segurança dos doentes e do pessoal?*
- *Como é que se certificaria de que estes recursos estão disponíveis?*
- *Que medidas tomaria para garantir que acidentes coma agulhas e outros que possam conduzir a infecção opor VIH, são notificados?*
- *Que acções consideraria levar a cabo para tornar o seu ambiente de trabalho mais seguro?*

Informe os alunos que a informação detalhada sobre precauções universais relacionadas com prevenção de infecções se encontra nos módulos da Hemorragia Pós-parto (HPP), Parto prolongado e Paragem na Progressão do Trabalho de Parto, Sépsis Puerperal, Eclâmpsia e Aborto Incompleto.

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Esta actividade irá ajuda-lo a capacitar as mulheres para ultrapassarem os factores que as colocam em risco de infecção por VIH.

Seja criativo.

Para o ajudar a começar, lembre alguns dos factores apresentados na Sessão.

- Vulnerabilidade biológica.
- Vulnerabilidade social e económica.
- Falta de conhecimentos.
- Hábitos sexuais e normas.
- Falta de oportunidades económicas.

11. INTRODUÇÃO AO PERFIL COMUNITÁRIO

SESSÃO 11

INTRODUÇÃO AO PERFIL COMUNITÁRIO

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para compreenderem a elaboração do perfil comunitário e a forma como este pode ser utilizado para planejar os cuidados comunitários.
- Capacitar os alunos a aplicarem os seus conhecimentos de matemática básica à prática na comunidade.
- Capacitar os alunos a identificarem e promoverem uma Maternidade Segura quando trabalham numa comunidade.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 11 os alunos devem ser capazes de:

1. Definir perfil e perfil comunitário.
2. Discutir a importância de reconhecer os aspectos únicos da comunidade de forma a prestar cuidados de saúde efectivos.
3. Explicar o uso dos rácios, médias e percentagens. Calculá-los e discutir o seu significado.
4. Definir taxa e rácio de mortalidade materna e calcular rácios de mortalidade materna (RMM) para uma determinada população.
5. Salientar os aspectos necessários para compilar um perfil comunitário, com ênfase numa Maternidade Segura.
6. Explicar a importância de conhecer as preocupações e prioridades da comunidade no que diz respeito a assuntos relacionados com a saúde e de trabalhar em cooperação com os membros da comunidade na promoção de uma Maternidade Segura.
7. Identificar formas de discutir pontos importantes com os líderes comunitários de modo a construir uma boa relação com a comunidade.
8. Construir um perfil comunitário, incluindo informação sobre mortes maternas, tabus e tradições associados com a gravidez e o parto, estruturas de saúde e recursos, e processo de tomada de decisão na comunidade.
9. Criar um plano de acção baseado no perfil comunitário identificado.

PLANO

Exposição (1 ½ horas).

Exercícios práticos (1 ½ horas).

Discussão de grupo (1 ½ horas).

Tutorias de pequenos grupos (2 horas).

Uso opcional da representação.

Visita comunitária (pelo menos vários dias).

Estudo individual para trabalhar no perfil.

RECURSOS

Perfil comunitário.

Ficha de trabalho.

INTRODUÇÃO

Para preparar a visita comunitária desta Sessão, reveja a informação relacionada com as visitas comunitárias, incluída no início da introdução à Sessão 2. Adicionalmente, reveja (a) as instruções sobre “COMPILAR UM PERFIL COMUNITÁRIO” e (b) Partes 1 e 2 do PERFIL COMUNITÁRIO.

Esta Sessão cobre os seguintes tópicos e actividades:

1. O significado de “perfil” e alguns exercícios práticos para o ilustrar.
2. O significado de “perfil comunitário” e a informação necessária para o compilar.
3. A matemática básica necessária para compilar um “perfil comunitário” e exercícios práticos.
4. Uma visita comunitária durante a qual os alunos irão colher informação para completar um perfil comunitário (as orientações para serem usadas são fornecidas no final da Sessão).

Perfis

Introduza o tema explicando o significado do perfil:

“um desenho, silhueta ou outra representação, vista lateral especialmente da face humana”.

Use a **Figura 9.1** para ilustrar.

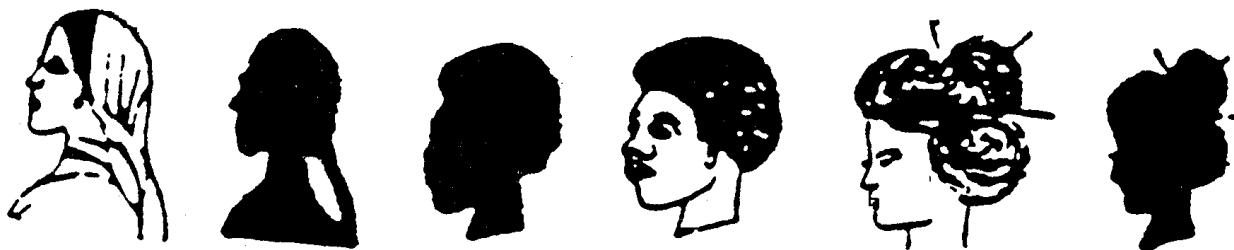


Figura 9.1: Perfis

Se quiser, o professor pode demonstrar o significado do perfil com qualquer um destes simples exercícios.

Exercício 1

*Peça aos alunos para colocarem a mão esquerda sobre uma folha de papel, pegando, depois, num lápis e desenhando à volta da mão (**Figura 9.2**).*

Cada um irá produzir um “perfil” único da sua mão.

Peça aos alunos para trocarem o perfil da sua mão com o da mão da pessoa que está ao seu lado.

Agora devem tentar colocar a mão no perfil de outra pessoa.

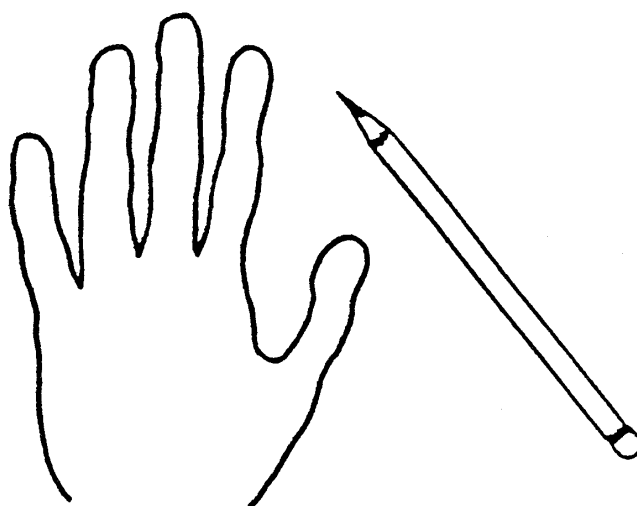


Figura 9.2

Irão descobrir que não o conseguem fazer de forma exacta. Irão existir diferentes no tamanho e forma. Alguns perfis serão semelhantes mas nunca serão exactamente os mesmos.

De uma sombra também pode fazer um perfil. Demonstre-o.

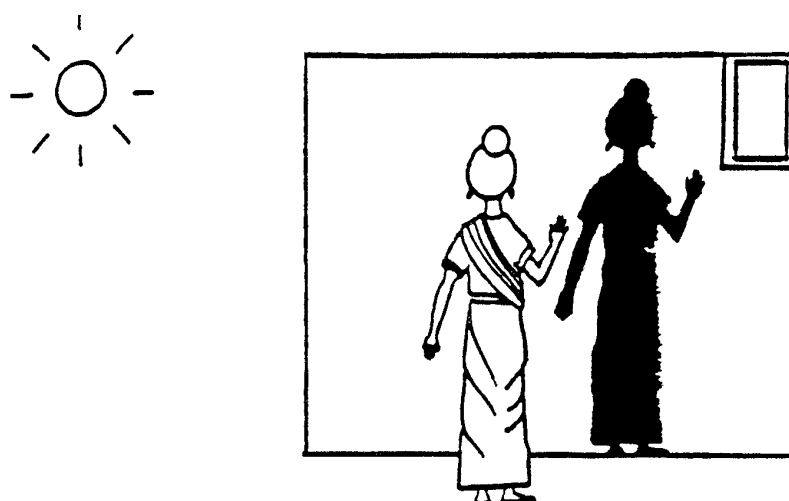


Figura 9.3

Exercício 2

Peça a alguns alunos para ficarem ao sol em frente a uma parede de modo a que as suas sombras apareçam na parede (Figura 9.3). Irá ter, novamente, um perfil único de cada aluno.

Ao meio dia, as sombras irão ser muito pequenas porque o sol está alto. Experimente o exercício primeiro para ver que altura do dia é melhor para ter uma sombra que possa ser reconhecida como um perfil individual.

Ao fazer este exercício, demonstre como é que o perfil de uma pessoa pode mudar quando outra se coloca no caminho (Figura 9.4).

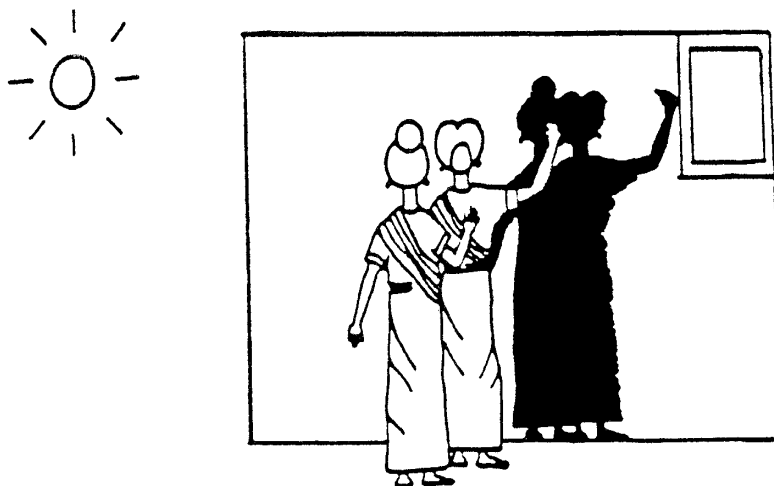


Figura 9.4

Use este exemplo mais tarde para explicar aos alunos como podemos colocarmo-nos no nosso próprio caminho quando tentamos produzir um perfil comunitário correcto. É possível fazer um perfil incorrecto de uma comunidade se:

- Não se obtiver a informação correcta;
- Não se obtiver a informação completa;
- Se fizerem julgamentos sem a avaliação correcta.

Da mesma forma que um desenho ou uma sombra podem ilustrar as características especiais e únicas de uma pessoa, o perfil pode ser traçado ao estudar uma comunidade. O perfil comunitário fornece a informação inicial. Pode-se obter outros detalhes mais tarde.

Compilar um perfil comunitário detalhado é uma tarefa muito extensa. Para ajudar os alunos a olharem para os aspectos relevantes à promoção de uma Maternidade Segura, sugere-se a seguinte abordagem.

O que é um Perfil Comunitário

Escreva a descrição abaixo, no quadro ou use um retroprojector.

Um perfil comunitário irá descrever:

- As características únicas da comunidade;
- A área e características da população;
- Os principais factores de saúde da comunidade.

Para tal é necessária a seguinte informação:

- Estatísticas populacionais, incluindo factos e números acerca da mortalidade materna na comunidade;
- Informação sobre a forma como funciona a comunidade, tal como:
 - Líderes, controlo exercido e tomada de decisão;
 - Ocupação e rendimento;
 - Transporte e comunicações;
 - Tabus e tradições relacionadas com o parto;
 - Recursos de saúde (incluindo instalações, pessoal e custos);
 - Programas de cuidados de saúde maternos, incluindo actualização de cuidados e encaminhamento;
 - Condições sanitárias;
 - Abastecimento de água; e
 - Abastecimento de alimentos.

O perfil comunitário responde, essencialmente, à questão

“Onde estamos?”

e fornece a informação básica acerca da situação actual. A informação pode ser usada com objectivos de planeamento.

MATEMÁTICA BÁSICA

Para compilar um perfil comunitário é necessário compreender determinadas definições e ser capaz de fazer alguns cálculos.

É essencial que os alunos compreendam a matemática básica necessária para compilar um “perfil comunitário”. Dê exemplos e use alguns exercícios práticos para ajudar a compreender.

É aconselhável treinar a matemática básica antes de começar os perfis comunitários.

Definições e cálculos

(A) Rácios

Um rácio descreve a relação entre dois números. É determinado pelo número de vezes que um cabe no outro.

Exercício 1: *Pegue num livro e escolha dois alunos. Peça aos alunos para ficarem em frente à turma e segure o livro.*

Há um livro para dois alunos, pelo que:

o rácio escreve-se da seguinte forma

$$\text{livro} : \text{alunos} = 1:2$$

Escreva isto no quadro.

Agora peça a mais alunos para se juntarem aos dois iniciais. Peça à turma para calcular o rácio livros: alunos.

Enquanto tem 1 livro pode demonstrar uma variedade de rácios, como por exemplo:

Livros : alunos

$$1 : 2$$

$$1 : 3$$

$$1 : 5$$

$$1 : 10$$

$$1 : 24$$

e por aí adiante

Depois use dois livros. Ajude os alunos a compreenderem que

2 livros para 4 alunos é semelhante a

1 livro para 2 alunos.

Aplicação:

Isto pode ser usado para demonstrar se temos livros suficientes para os alunos. Um rácio livros: alunos de 1:24 ou mesmo 1:10 significa que faltam livros!

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

Agora aplique ao rácio de camas por número da população.

Camas: população

Exercício 2: Estimar o rácio camas: população

Irá necessitar de 10 cadeiras ou bancos, e 10 pedaços de papel.

Escreva, nos pedaços de papel, como se demonstra:

100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas
100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas	100 pessoas

1. Peça aos alunos para imaginarem que 1 cadeira é uma cama num hospital ou instituição de saúde.
2. Dê a 10 alunos um pedaço de papel. Diga-lhes que cada um representa 100 pessoas.
3. Coloque as cadeiras, aos pares, de frente umas para as outras. Depois pergunte a um aluno (com um pedaço de papel) para se deitar ao longo de 10 cadeiras. Este aluno representa 100 pessoas. Cada cadeira representa 1 cama. Agora pergunte aos alunos:

Se existem 10 camas para cada 100 pessoas, quantas pessoas são por cama?

Aqui explique como a palavra “por” é usada em estatística para significar “por cada” ou “por todas”.

Estamos a perguntar quantas pessoas são por cama?

Resposta:

Se existem 100 pessoas por 10 camas, existem 10 pessoas por cama.

Assim o rácio de pessoas por cama = 10:1.

4. Agora peça a outro aluno para se aproximar.

Este aluno também representa 100 pessoas. Continuam a existir apenas 10 camas.

Agora o rácio pessoas : camas = 200:10 ou
20:1

5. Agora chame mais alunos para demonstrar rácios de:

Pessoas : camas

300 : 10 ou

30 : 1

500: 10 ou

50 : 1

700 : 10 ou

70 : 1

e por aí adiante.

6. Pergunte aos alunos:

Qual o rácio de pessoas (ou população) para camas de toda a “comunidade” (representada por 10 alunos)?

Deixe que os alunos contem 1000 pessoas e 10 camas.

Resposta:

Para o total da população de uma comunidade de 1000

*o rácio de pessoas : cama = 1000 : 10 ou
100 : 1*

Aplicação: Pode ser usado para saber se existem camas suficientes para a população.

(B) Médias

A média obtém-se adicionando todos os valores de um grupo e dividindo o total pelo número de valores.

A média fornece uma ideia geral dos números, quantidades e valores envolvidos.

Exercício 3: Média de atendimento numa clínica pré-natal.

1. *Escreva em cinco pedaços grandes de papel os nomes dos 5 dias úteis da semana.*

Segunda- feira

Terça- feira

Quarta- feira

Quinta- feira

Sexta- feira

2. *Coloque estes papéis em 5 locais separados da sala. Deixe o centro da sala desimpedido.*

3. *Peça a 20 alunos para ajudarem. Diga-lhes que cada um representa uma mulher que frequenta a clínica pré-natal.*

4. *Envie-os, da seguinte forma, para as 5 áreas da sala que representam as clínicas nesses 5 dias:*

Segunda-feira – 5

Terça-feira – 6

Quarta-feira – 3

Quinta-feira – 2

Sexta-feira – 4

5. *Peça aos alunos para contarem quantas mulheres frequentaram a clínica em cada um dos dias. Irão ficar com uma lista como a anterior.*

6. *De modo a calcular a média de atendimento, peça a todos os alunos para deixarem a clínica e para ficarem no centro da sala.*

7. *Peça a 2 ou 3 dos restantes alunos (que não estejam na “clínica”) para contarem o número total de “grávidas”.*

Resposta = 20

Depois peça para contarem o número de clínicas cada uma representada por 1 dia.

Resposta = 5

Divida o número de mulheres grávidas pelo número de clínicas, isto é, divida 20 por 5 = 4. Quatro é a média.

Assim, pode dizer-se que neste centro de saúde, a média de atendimento na clínica pré-natal é de 4 mulheres por dia.

8. Peça aos alunos para regressarem às 5 clínicas mas com um número igual para cada uma. (Irão descobrir que têm de existir 4 por cada clínica). Este é o número de mulheres que frequentam a clínica cada dia.

Os alunos podem perguntar o que acontece se houver um número que não é inteiro quando dividido por 5.

Trata-se de uma boa questão, que demonstra que os alunos estão a pensar acerca do assunto. A resposta é que, em estatística, este valor será demonstrado por uma casa decimal, por exemplo, 4,5.

Claro que é impossível ter 0,5 ou $\frac{1}{2}$ mulher a frequentar uma clínica. Se os alunos não lhe colocarem esta questão, deve coloca-la.

Aplicação:

Pode usar-se a média para dar uma ideia geral de aspectos como o atendimento das clínicas.

*A **vantagem** é que a média dá uma ideia melhor do que o número total de atendimentos num dia.*

*A **desvantagem** é que a média não mostra quais as clínicas mais ocupadas e aquelas com menor número de clientes.*

É óbvio que quanto maior for o número de clínicas consideradas, melhor é a ideia do atendimento de mulheres. Podem ser obtidas as seguintes médias:

- *Os totais semanais de um mês podem ser somados e divididos por 4 (partindo do princípio que existem 4 semanas por mês) para encontrar a média semanal;*
- *Os totais mensais de um ano podem ser somados e divididos por 12 (porque é o número de meses num ano) para encontrar a média mensal.*

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

(C) Percentagens

Os alunos devem perceber que “percentagem” significa por 100.

Podem estar familiarizados com dinheiro que tem cêntimos. Existem 100 cêntimos por dólar ou por outra moeda.

Percentagem significa por 100.

Exercício 4:

1. Prepare 24 cartões ou pedaços de papel e escreva 5 em cada um deles.

90% (90 em 100) estão anémicas e

30% (30 em 100) têm hipertensão

Mostre aos alunos a fórmula que necessitam de utilizar de modo a calcular uma percentagem. A primeira é fácil porque o total é 100.

Use o quadro para mostrar como se calcula.

Fórmula:

$$\frac{\text{Número medido}}{\text{Número total}} \times 100$$

Usando a fórmula:

$$\frac{\text{Número medido:}}{\text{Número total:}} \quad \frac{90}{100} \times 100 \text{ isto é } \frac{90}{100}$$

= 90, isto é 90%

$$\text{e } \frac{30}{100} \times 100 = 30, \text{ isto é } 30\%$$

6. Peça aos restantes 4 alunos para se juntarem. Tem agora 120 mulheres.

7. Peça aos alunos para contarem novamente:

a) Todas as mulheres

(Resposta = 120);

b) O número de mulheres com anemia (marcadas com **A**)

(Resposta = 90);

c) O número de mulheres com hipertensão (marcadas com **H**)

(Resposta = 30).

Os alunos podem, agora, trabalhar as seguintes percentagens da mesma forma:

$$\frac{90}{120} \times 100 = 75\% \text{ das mulheres são anémicas}$$

e

$$\frac{30}{120} \times 100 = 25\% \text{ têm hipertensão}$$

Assegure-se que os alunos compreendem como fazer os cálculos.

A resposta pode também ser expressa como uma fracção. Dividindo o numerador e o denominador da fracção pelo mesmo número irá reduzir a fracção exactamente pela mesma quantidade e não deixará resto.

Neste caso:

1. Divida por 10 de forma a reduzir 90 a 9 e 120 a 12. Uma forma fácil de o fazer é cortando os zeros.

$$90 \text{ dividido por } 10 = 9$$

$$120 \text{ dividido por } 10 = 12$$

2. Divida estes números por outro de modo a reduzir ainda mais. Pergunte aos alunos: qual o denominador comum de 9 e 12? (espere que cheguem à conclusão que o denominador comum de 9 e 12 é 3. Tal irá dar $\frac{3}{4}$ que já não pode ser reduzido por divisão).

Oriente os alunos através dos seguintes cálculos. (deve estar satisfeito que compreendam. Deve dar-lhes outros exemplos, se necessário, até que tenha a certeza que compreendem como são feitos os cálculos).

Ajude-os mostrando:

$$\frac{90}{120}$$
$$\frac{90}{120} = \frac{9}{12} = \frac{3}{4}$$

Escreva com os números mais pequenos:

$$\frac{3}{4} = \text{três quartos}$$

Agora observe a fracção:

$$\frac{30}{120}$$

Escreva com os menores números possíveis:

$$\frac{30}{120} = \frac{3}{12} = \frac{1}{4}$$

$$\frac{1}{4} = \text{um quarto}$$

Importante

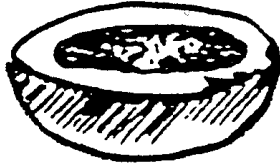
Realce que a percentagem irá dar a mesma proporção do todo independentemente do tamanho da amostra. Pode demonstrá-lo mostrando aos alunos que 50% ou $\frac{1}{2}$ (metade) de um melão é maior que 50% ou $\frac{1}{2}$ (metade) de uma laranja, mas ambos são 50%!

Quando os alunos compreenderem isto, compreenderão as percentagens.

Os alunos devem encontrar uma forma fácil de aplicar estes conhecimentos. Já viram como é que a percentagem de mulheres com anemia e hipertensão pode ser calculada.

Mas uma palavra de aviso!

Os alunos viram que 50% de um fruto grande é a mesma proporção que 50% de um fruto pequeno. No entanto, a quantidade do fruto envolvido é muito diferente. Para realçar esta ideia pode pedir-lhes para olharem para 50% de uma noz.



Há que perceber que, de modo a saber quanto fruto se tem, tem de se olhar para o tamanho total do fruto.

Da mesma forma é preciso saber o tamanho total da população que se está a estudar.

Se se disser que 50% das mulheres que vão à clínica de planeamento familiar vão com os maridos, o que significa?

Se forem à clínica 50 mulheres, então 25 irão com os maridos. No entanto, ...

... se só 2 forem à clínica, então 1 irá com o marido.

Pode dar outros exemplos que tenham significado para os seus alunos. É importante que compreendam que:

- As percentagens são úteis mas devem ser interpretadas à luz do total de números envolvidos;
- Só usando as percentagens é que se pode comparar uma área da saúde com outra. Nenhuma terá a mesma população, número de grávidas, bebés, etc.

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

Taxa ou rácio de mortalidade materna (RMM)

Primeiro que tudo, peça aos alunos para se lembrarem da definição de maternidade materna, introduzida na Sessão 3 e, depois, discuta as seguintes definições.

Rácio de mortalidade materna (RMM) – o número de mortes maternas dividido pelo número de nados vivos.

Taxa de mortalidade materna – o número de mortes maternas divididas pelo número de mulheres em idade fértil.

Agora ensine os alunos a calcularem o RMM (normalmente descrito por RMM).

A taxa de mortalidade materna diz-nos quantas mortes maternas existem comparativamente com um número fixo de nados vivos.

Ao lidar com estatísticas de populações grandes, é útil comparar os valores obtidos com os valores fixos para a população alargada:

Por exemplo, 1 000, 10 000 ou 100 000 em vez de 100 (ou percentagem).

A taxa de mortalidade materna traduz quantas mulheres num dado número de nados vivos morreram em consequência da gravidez ou parto, num dado ano.

Pode trabalhar-se o risco de morrer durante a gravidez. De seguida calcula-se os rácios de mortalidade materna por 100 000 nados vivos.

Como calcular o rácio de mortalidade materna (RMM)

O RMM em qualquer ano escreve-se como uma fracção.

- O número de mortes maternas é o numerador* e o número total de nados vivos é o denominador **. Multiplicado por uma constante (ou número que não muda) chamado “k”.
- $k = 1\ 000, 10\ 000$ ou $100\ 000$.

Explique aos alunos que:

- A fórmula é usada e escrita como uma fracção.
- * O numerador é o número na parte superior da fracção.
- ** O denominador é o número na parte inferior da fracção.

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes num dado ano e local}}{\text{Número de nados vivos no mesmo ano e local}} \times k$$

Exemplo:

Número de mortes maternas em 1990 = 10

Número de nados vivos em 1990 = 10 000

Pelo que:

$$RMM = \frac{10}{100\ 000} \times 100\ 000 = 100$$

Isto é, 100 por 100 000 nados vivos

Tal significa que, naquele local, em 1990, uma mulher grávida tinha uma probabilidade (ou risco) de morrer durante a gravidez ou parto de

1 em 1000.

(Assegure-se que os alunos compreendem como é que se obtém este valor. Mostre-lhes no quadro como simplificar a fracção cortando os zeros.)

100 em 100 000 transforma-se em 1 em 1000.

Exercício 5:

Escreva em 9 cartões ou pedaços de papel a seguinte informação:

120 NADOS VIVOS	2 NADOS VIVOS	38 NADOS VIVOS
33 NADOS VIVOS	125 NADOS VIVOS	35 NADOS VIVOS
28 NADOS VIVOS	10 NADOS VIVOS isto é 5 pares de gémeos	9 NADOS VIVOS

Dê a 9 alunos um destes cartões.

Posteriormente, pergunte à turma: Quantos nados vivos (bebés) há?

(Resposta = 400)

Agora, peça ao aluno que está a segurar o cartão “2 nados vivos” para se sentar e dizer “Estas mães morreram”.

Peça aos alunos para calcularem o RMM por 100 000 para esta população.

Resposta:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mortes maternas}}{\text{n}^\circ \text{ de nados vivos}} \times k. \text{ RMM} = \frac{2}{400} \times 100\,000 \text{ nados vivos}$$
$$= \frac{2}{4} \times 1000 = \frac{1}{2} \times 1000 = 500 \text{ por } 100\,000 \text{ nados vivos}$$

De seguida, peça aos alunos para contarem as mães.

Resposta 395, dado que existem 5 pares de gémeos.

Dê aos alunos a definição de “maternidades”: “o número de mães que pariram independentemente do número de bebés nascidos.”

Esta definição corrige os gémeos e partos múltiplos quando se calcula o RMM.

(tal pode ser demonstrado usando 395 em vez de 400 no cálculo anterior)

À medida que começa a observar as estatísticas, leia, pense e discuta a nota seguinte com os alunos e colegas.

Explique como usar a estrutura para o perfil comunitário.

Nota:

As estatísticas compiladas pelos alunos podem mostrar que a situação é pior do que se esperava. Tal pode ser desencorajante. No entanto, é essencial reconhecer e compreender a situação antes que possa ser melhorada.

ELABORAR UM PERFIL COMUNITÁRIO

Após ter trabalhado os exemplos de matemática básica, o próximo exercício (elaborar um perfil comunitário) pode ser iniciado. A elaboração de um perfil comunitário irá decorrer em duas fases.

A **Parte I** consiste na colheita de informação sobre uma comunidade seleccionada. Será pedido aos alunos para colherem informação sobre as mortes maternas nas comunidades visitadas e os tabus e práticas tradicionais associadas com o parto. Os alunos estarão familiarizados com este assunto desde a Sessão 6. Finalmente, os alunos irão avaliar a situação dos transportes e comunicações.

Na **Parte II** do perfil comunitário os alunos irão colher informação acerca das instituições e dos recursos de saúde, dos diferentes aspectos dos cuidados de saúde materna e da informação sobre os decisores na comunidade visita.

Finalmente, os alunos terão de desenhar um **Plano de Acção**, baseado na informação colhida, realçando a acção pretendida e a forma como a pretendem executar, etc.

É melhor introduzir a parte 2 depois dos alunos completarem a parte 1. Pode-se tornar necessário ajudar os alunos com a parte 2 através de pequenas tutorias. Os

alunos estarão disponíveis em alturas diferentes.

Resuma cada uma das partes (parte 1, parte 2 e plano de acção) quando forem completadas pelos alunos e responda às questões.

A seguinte discussão de grupo e/ou representação pode ajudar a preparar os alunos para a visita comunitária.

Discussão

Durante a discussão, coloque aos alunos as seguintes questões:

- 1. Porque é que é importante que se saiba como é que os membros da comunidade veem os problemas de saúde na sua própria comunidade?*
- 2. Como é que se pode saber o que é que os membros da comunidade sabem sobre os riscos para as mães – por exemplo, sobre a Paragem na Progressão do Trabalho de Parto (PPTP)?*
- 3. Para além de elaborar um perfil comunitário, também se quer construir uma boa relação com a comunidade. Qual a forma mais apropriada de o fazer?*

As seguintes questões podem ajudar a reflectir sobre este assunto:

- Que preparativos precisam ser feitos?*
- Que problemas precisam de ser resolvidos?*
- Como se podem evitar ou ultrapassar estes problemas?*

Deixe 45 minutos para a discussão e mais 45 minutos para o feedback.

Faça um resumo da sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

Representação

Na sala de aula, pratique através da representação como é que os alunos devem dirigir a discussão na comunidade. Os indivíduos entrevistados na comunidade podem ser parteiras tradicionais, líderes comunitários, professores, sogras, etc. Divida os alunos em 4 grupos.

Sugestões:

Grupo 1

Discussão com os líderes comunitários. Descubra:

- O que sabem sobre os factores que contribuem para a saúde/ doença nas mulheres?*
- Que ideias têm sobre a redução dos riscos?*

Grupo 2

Discussão com os líderes comunitários. Pergunte qual a utilidade:

- Da comissão de saúde e/ou,*
- Da comissão de Maternidade Segura.*

Grupo 3

Discussão com os líderes comunitários e outros. Averigue acerca:

- Dos problemas de transportes e comunicações que podem afectar uma Maternidade Segura.*

Grupo 4

Discussão com os líderes e/ou membros comunitários. Descubra:

- *As principais ocupações das pessoas, e*
- *Os problemas socio-económicos da comunidade.*

Deixe tempo para os grupos prepararem a representação.

Discuta os pontos importantes da representação.

Estes pontos devem ajudar, aquando da visita à comunidade, a elaborar um perfil.

Colher a informação

As páginas seguintes contêm a estrutura que os alunos devem utilizar para completar o perfil comunitário.

1. *Os alunos devem trabalhar em equipas pequenas de 3 pessoas para colherem dados.*
 2. *Direccione os alunos para as estatísticas, onde estas já existirem. As fontes de dados podem ser registos de natalidade, mortalidade, de hospitais e de centros de saúde. Assegure-se que o tempo não é gasto a fazer trabalho que já está feito.*
 3. *Assegure-se que os alunos têm uma cópia do perfil comunitário, as “Instruções sobre a redacção de um plano de acção”, assim como a ficha de trabalho, que são fornecidos no final desta sessão. Os alunos podem adicionar páginas extra, se necessário. Os perfis devem ser o mais correctos e precisos possível.*
-

CONTEÚDOS DO PERFIL COMUNITÁRIO

	Página
PARTE 1	132
A. População e estatísticas	132
B. Estudo de mortes maternas (esta sessão deve ser completada separadamente para cada morte materna. Os alunos podem precisar de mais do que uma cópia desta Sessão)	132
C. Tabus e práticas tradicionais associadas com o parto	136
D. Transportes e comunicações	137
PARTE 2	139
A. Recursos de saúde	139
B. Cuidados de saúde maternos	141
▪ Cuidados pré-natais	141
▪ Cuidados durante o parto e nascimento	143
▪ Cuidados pós-parto	144
▪ Sistema de encaminhamento	144
▪ Serviços de planeamento familiar	145
C. Avaliação dos serviços de saúde da comunidade	146
D. Líderes e membros comunitários	147
E. Plano de Acção: exemplo e instruções	148

PERFIL COMUNITÁRIO

PARTE 1

A. POPULAÇÃO E ESTATÍSTICAS

Estas são estatísticas de _____ para o ano _____
(Nome da comunidade)

(a) Estimativa do total da população _____

(b) Número total de nascimentos (nados vivos e mortos) _____

(c) Número total de Nados vivos _____

(d) População feminina entre 15-45 anos _____

(e) Número total de mortes maternas _____

Isto é, número oficialmente registado + número relatado pelas famílias/ outros

Nota: **É muito importante falar com as famílias e líderes comunitários para saber quantas mulheres morreram. Em algumas comunidades, poucas mortes maternas estarão registadas. Tente obter um número correcto. Tal irá levar tempo mas é muito importante.**

Lembre-se: A morte materna é a morte de uma mulher grávida ou nos 42 dias seguintes ao fim da gravidez, independentemente da duração e local da gravidez, de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou seu tratamento, mas não por causas acidentais ou incidentes.

Lembre-se:
$$RMM = \frac{N.^{\circ} \text{ de mortes maternas}}{N.^{\circ} \text{ de nados vivos}} \times 100\,000 \text{ nados vivos}$$

B. ESTUDO DAS MORTES MATERNAS

Preencha um formulário para cada morte materna.

1. Data da morte _____

2. Mês de gravidez _____

3. Quando ocorreu a morte: (a), (b), (c) ou (d):

(a) antes do início das dores de parto

(b) após o início das dores de parto

(c) durante o nascimento do bebé

(d) após o nascimento do bebé

4. Se (c) ou (d), durante ou após o nascimento do bebé

Quanto tempo decorreu entre o início das dores de parto e o nascimento do bebé?

Quanto tempo decorreu entre o nascimento do bebé e a morte da mãe?

5. Local da morte

▪ Casa.

▪ Durante o trajecto/ viagem.

▪ Hospital privado.

▪ Outra.

▪ Outro (qual). _____

6. Se a morte ocorreu em casa, explique, detalhadamente porque é que a mulher não foi para o hospital para ser tratada

7. Foi chamado algum profissional do centro de saúde para ajudar na urgência? SIM / NÃO

Se SIM quem foi chamado? _____

Veio? _____

Quanto tempo depois? _____

8. Se a morte ocorreu no hospital, descreva o estado da mulher quando chegou ao hospital.

9. Que transporte foi utilizado para levar a mulher ao hospital? _____

10. Qual a distância entre a casa e o hospital?

_____ Km

_____ Horas de viagem

11. Quem acompanhou a mulher ao hospital? _____

12. Alguém aconselhou a mulher ou a família a irem ao hospital? SIM /NÃO

Se SIM, quem? _____

13. Quantos dias ficou a mulher no hospital antes de morrer? _____

14. Que sintomas/sinais apresentava a mulher antes de morrer? (faça perguntas sobre hemorragias, febre, edema/inchaço, cheiro fétido, etc.).

15. Que tratamento foi dado à mulher no hospital, e quem o deu?

16. Se o parto foi no hospital, que tipo de parto foi, e foi um nado-vivo ou morto?

17. Se a morte ocorreu em casa, quem fez o parto?

- Parteira tradicional não treinada.
- Parteira tradicional treinada.
- Parente.
- Vizinho.
- Auxiliar de enfermagem/ parteira.
- Enfermeira com formação na área materno-infantil.
- Parteira (especificar o nível profissional da mesma).
- Médico estatal.
- Médico privado.
- Outro (especifique) _____

18. O que pensa que foram as principais causa de morte?

- Aborto espontâneo.
- Aborto induzido.
- Hemorragia antes do parto (HAP).
- Hemorragia pós-parto (HPP).
- Placenta encarcerada.
- Rotura do útero.
- Sépsis/ infecção.
- Eclâmpsia.
- Tétano.
- Outro (especifique) _____

19. a) A mulher estava doente antes de ficar grávida? SIM / NÃO.

Se SIM, dê detalhes.

2. Analise cuidadosamente a informação que colheu e decida se as práticas são **benéficas, indiferentes, incertas ou prejudiciais**. Reporte-se à informação colhida, analisada e discutida na Sessão 8 se está a completar o perfil para a mesma comunidade.

D. TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES

1. Como é que as pessoas se deslocam até às instituições de saúde, hospitais, escolas, mercados, etc.? Que distâncias estão envolvidas? Quem paga?

2. Como podem ser enviadas e recebidas mensagens e quanto tempo demora a obter ajuda numa urgência?

PERFIL COMUNITÁRIO

PARTE 2

A. RECURSOS DE SAÚDE

Pessoal que pode prestar cuidados comunitários obstétricos

Número de parteiras qualificadas:

Enfermeiras parteiras _____

Parteiras (especificar nível profissional) _____

Enfermeiras com experiência em saúde materno-infantil _____

Auxiliares de enfermagem / parteiras _____

Número total de parteiras tradicionais:

Número de parteiras tradicionais treinadas _____

Número de parteiras tradicionais não treinadas _____

Número de médicos e outro pessoal:

Clínicos gerais _____

Médicos qualificados como obstetras _____

Pessoal técnico e de laboratório _____

Visitas domiciliares:

O pessoal do centro de saúde presta cuidados maternos na casa da mulher? SIM/NÃO. Se SIM, por favor especifique:

- Razões principais das visitas _____
- Frequência das visitas _____
- Número de partos feitos em casa _____

A parteira tradicional está presente durante as visitas? Sempre / a maior parte das vezes / raramente / nunca

A parteira tradicional visita as instituições de saúde? Regularmente / raramente / nunca

O pessoal das instituições de saúde visita a parteira tradicional? Regularmente / raramente / nunca

Instituições (Postos de saúde, clínicas, etc.)

Número existente na comunidade _____

Quantos dias por semana estão os profissionais de saúde disponíveis na instituição? _____

Quantas horas por dia estão os profissionais de saúde disponíveis na instituição? _____

A instituição encontra-se a 1-2 horas a pé de aproximadamente 75% da população? _____

Que percentagem da população se encontra a mais de 4 horas a pé da instituição? _____

Como é que as pessoas que vivem longe chegam à instituição? _____

Hospitais:

Número total de camas de maternidade disponíveis _____

Rácio população/cama _____

(para uma estimação, compare a taxa de natalidade com o número de camas disponíveis) _____

Como é que as pessoas que vivem longe do hospital se deslocam até este? _____

Quais são os problemas específicos associados com a deslocação ao hospital? _____

Laboratório:

Existe, na comunidade, um serviço de laboratório disponível para as mulheres a receber cuidados maternos?
SIM/NÃO

Se SIM, que serviços estão disponíveis? (marque os disponíveis).

- Testes de hemoglobina.
- Rastreio de sífilis.
- Cultura de urina.
- Tipagem do grupo sanguíneo.
- Rastreio de sangue para transfusão (ex: VIH, Hepatite B, sífilis).
- Teste de malária.
- Rastreio de VIH.
- Outros (por favor especifique).

Existem algum tipo de problemas? (Se SIM, descreva-os).

B. CUIDADOS DE SAÚDE MATEROS

Valor estimado de mulheres grávidas na comunidade por mês.

Número total de nascimentos por ano = _____

Divida por 12 = _____

Cuidados pré-natais:

Número de mulheres que receberam cuidados pré-natais por mês

(i) em casa _____

(ii) na instituição de saúde _____

TOTAL _____

(adicione i + ii)

Porcentagem de mulheres que receberam cuidados pré-natais:

Número de mulheres que fazem a sua primeira visita,

antes das 16 semanas

= _____ %

depois das 16 semanas

= _____ %

Número de mulheres que não continuaram a ser atendidas

depois da primeira visita

= _____ %

É desenvolvido um **plano de cuidados** com cada mulher que recorre aos cuidados pré-natais? SIM/NÃO

O **teste do VIH e o aconselhamento voluntário** estão disponíveis para quem recorre aos cuidados pré-natais?
SIM/NÃO

Que problemas de saúde são frequentes na comunidade?

(assinale os mais frequentes)

- Anemia.
- Malnutrição.
- Tuberculose.
- Hipertensão.
- Infecções sexualmente transmitidas (VIH/SIDA).
- Mulheres não totalmente imunizadas contra o tétano.
- Malária.

- Outros (por favor especifique).

Que medidas estão a ser tomadas, se é que estão a ser, presentemente para resolver estes problemas?

Quão efectivas têm sido estas medidas?

Quais são as percepções dos membros da comunidade em relação a futuras acções a tomar para a resolução destes problemas?

Quais são as complicações graves mais frequentemente associadas à gravidez e ao parto?

(assinale as que são comuns)

- Aborto.
- Hemorragia Pré-parto.
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia.
- Paragem na Progressão do Trabalho de Parto (PPTP).
- Hemorragia Pós-parto (HPP).
- Sépsis puerperal.

Que medidas estão a ser tomadas, se é que estão a ser, presentemente para resolver estes problemas?

Quão efectivas têm sido estas medidas?

Quais são as percepções dos membros da comunidade em relação a futuras acções a tomar para a resolução destes problemas?

Cuidados durante o parto e nascimento:

Número de partos num mês, assistidos por:

- Parteiras registadas _____
- Parteiras tradicionais treinadas _____
- Enfermeiras com formação em saúde materno-infantil _____
- Médicos _____
- Auxiliares de enfermagem/ parteiras _____
- **TOTAL** _____

Número de partos num mês assistidos por:

- Parteiras treinadas _____
- Parteiras não treinadas _____
- Familiares _____
- Vizinhos/amigos _____
- **TOTAL** _____

Número de partos não assistidos (a mulher pariu sozinha):

- **TOTAL** _____

Percentagem de partos assistidos por pessoal treinado _____ %

Serviços de planeamento familiar

São prestados na instituição de saúde? SIM / NÃO

São prestados por clínicas móveis? SIM / NÃO

Se SIM, com que frequência estão as clínicas móveis disponíveis? _____

São prestados em casa? SIM / NÃO

Se SIM, com que frequência está este serviço disponível? _____

As adolescentes têm acesso a estes serviços? SIM/NÃO

Se NÃO, por que razões? _____

Se SIM, usam ou não os serviços? _____

Utilização:

Estimativa do número de casais a usar serviços de planeamento familiar = _____ no ano _____

Isto é _____ % percentagem de casais com mulheres dos 15 aos 45 anos.

(Por exemplo, se existirem 50 mulheres com idades entre os 15 e os 45 anos e 10 usarem os serviços de planeamento familiar a taxa de utilização é 20% [isto é, 10/50 ou 1/5]).

Custos:

Qual é o custo médio que uma mulher e a sua família terão que pagar por um tratamento de rotina:

Cada consulta pré-natal _____

Parto _____

Tratamento pós-natal _____

Complicações _____

(Calcule os gastos actuais, (formais e informais), custos de equipamento, custos de medicamentos, custos de viagens, perda de rendimentos e apoio à infância (se apropriado) etc. Enumere todos os custos adicionais).

Custos totais dos cuidados pré-natais _____

Custos totais do parto _____

Custos totais do tratamento pós-natal _____

Custos totais com tratamento, para a família, durante cada gravidez _____

Média adicional de custos se ocorrerem complicações _____

D. LÍDERES E MEMBROS DA COMUNIDADE

Inclua detalhes das pessoas que tomam as decisões importantes acerca da comunidade ou que têm influência na comunidade, isto é, líderes comunitários.

Enumere as principais ocupações da comunidade – por exemplo, agricultores, trabalhadores, tecelões, etc.)

Na comunidade existe

(a) **Uma comissão de saúde?** SIM/ NÃO

Comentário:

(d) **Uma comissão de Maternidade Segura?** SIM / NÃO

Comentário:

Fale com os líderes da comunidade e descubra quais são as principais preocupações sobre a saúde e a Maternidade Segura na comunidade. O que sabem sobre os factores de risco – por exemplo, paragem da progressão do trabalho de parto.

Acção pretendida	Como fazer	Quem se irá abordar	Data de revisão

12. AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS MATERNOS NA COMUNIDADE

SESSÃO 12

AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS MATERNOS NA COMUNIDADE

FINALIDADES

- Capacitar os alunos para avaliar os progressos feitos nas comunidades visitadas no que diz respeito aos cuidados maternos na comunidade.
- Encorajar e direccionar relativamente a programas futuros.

OBJECTIVOS

No final da Sessão 12 os alunos devem ser capazes de:

1. Relembrar o diagrama do Caminho para a Mortalidade Materna (Sessão 1) “Porque morreu a D.^a X?” e discutir as formas de sair desse caminho numa comunidade com a qual esteja familiarizado.
2. Relembrar a declaração feita na Sessão 3 e avaliar a fase de implementação.
3. Desenvolver uma declaração de acção relativamente ao futuro dos cuidados comunitários.

PLANO

Trabalho de grupo, discussão (2 horas).

RECURSOS

“Instruções para o trabalho de grupo”.

Diagrama “Caminho para a Mortalidade Materna”.

Ficha de Avaliação.

INTRODUÇÃO

Esta é a última Sessão do Módulo Básico. Nesta Sessão os alunos terão oportunidade de observar se as suas actividades na comunidade fizeram diferença e de que forma. Se não for observada nenhuma diferença, estarão também capacitados a avaliar porque não.

No entanto, antes da Sessão começar, o professor deve interrogar-se sobre o seguinte:

- 1. De que recomendações estou à espera? (O professor terá uma boa ideia sobre os problemas encontrados na prestação de cuidados às comunidades locais. Não faça recomendações aos alunos mas pense em formas de os guiar e encorajar).*
- 2. Quais destas recomendações tenho autoridade para implementar?*
- 3. Quais das recomendações esperadas preciso encaminhar para alguém diferente ou com mais autoridade? (decidir com respeito aos primeiros passos para o fazer).*
- 4. Como vou lidar com as recomendações/ideias que considero impróprias ou desajustadas? (pense nisto relativamente à situação local. Se são realmente impróprias será uma má abordagem e não muito útil!).*

Aborde estes itens de mente aberta.

Ser pioneiro não é fácil! Pelo que, se tiver problemas – é normal!

AVALIAR OS CUIDADOS MATERNOS NA COMUNIDADE

Peça, agora, aos alunos para formarem grupos de discussão e considerarem as seguintes questões:

- Que diferença fez o estudo deste módulo, para as pessoas das comunidades que visitamos?*
- Uma Maternidade Segura tem sido possível para qualquer pessoa na comunidade por causa do nosso empenhamento?*

Se existirem respostas negativas a qualquer uma destas questões, discuta porque é que não foi possível esta mudança.

Depois, conduza os alunos no debate e dê-lhes oportunidade para partilharem as suas experiências.

Relembre os alunos da história da D.^a X e da ilustração do “Caminho para a Mortalidade Materna.” Explique aos alunos o que irão avaliar na situação da comunidade / comunidades onde têm estado a trabalhar ao longo deste módulo.

Divida os alunos em grupos de seis e entregue-lhes as “Instruções para o trabalho de grupo”. Se os alunos trabalharem em comunidades diferentes devem formar grupos com os colegas que trabalharam na mesma comunidade.

Deve referir-se ao diagrama “Caminho para a Mortalidade Materna” no fim desta Sessão. Pode escolher desenhar o “caminho” e legendá-lo no quadro ou numa flipchart para a que os alunos se possam situar antes e durante o trabalho de grupo.

Dê aos alunos as “Instruções para o trabalho de grupo”, o diagrama “Caminho para a Mortalidade Materna”, a folha de avaliação e uma cópia da declaração de intenções da Sessão 3.

A seguir ao trabalho de grupo, conceda-lhes tempo para o feedback.

Aborde cada um dos pontos que foram discutidos pelos grupos, aprofundando a discussão com a turma.

No final do feedback e do tempo de discussão deve-se ter chegado a uma declaração de acção.

Será sensato discutir as recomendações dos alunos na declaração de acção com colegas da área da gestão e do ensino.

Assegure-se que a declaração de acção se transforma em acção e não apenas numa ideia.

Lembre-se que a resolução de alguns destes problemas irá significar que a vida de algumas mulheres será salva. Valem a pena todos os esforços.

Faça um resumo da Sessão e esclareça as dúvidas que existirem.

“INSTRUÇÕES PARA O TRABALHO DE GRUPO”

Precisarão:

- Do diagrama “Caminho para a Mortalidade Materna”.
- Da Ficha de avaliação “Avaliação do estado da Maternidade Segura em...”.
- Duma cópia da Declaração de Intenções que fez neste módulo.

1. A Comunidade

Pensem na comunidade onde têm trabalhado. Discuta:

- Existem problemas no “Caminho para a Mortalidade Materna” na comunidade?
- Se sim, existem saídas do “Caminho para a Mortalidade Materna” para as mulheres dessa comunidade?

Preencham a ficha de avaliação.

Sejam honestos! Sejam realistas!

2. Relatório de objectivos

a) O relatório que fizeram na Sessão 3 foi posto em prática?

- Com que dimensão?
- Numa larga dimensão?
- De maneira nenhuma?

b) Precisam de mudar o relatório totalmente?

Lembrem-se de que tal pode ser possível. Se foram capazes de o pôr em prática apenas parcialmente ou não o conseguiram de todo, considerem o seguinte:

- É realista?
- Existem aspectos que estão para além do seu controlo (por exemplo, financiamento, gestão, legislação)?

Se a resposta é afirmativa, discutam sobre quem os pode ajudar e qual é a melhor abordagem (por exemplo, gestores, professores, ministro/departamento de saúde, outras organizações governamentais ou não governamentais).

Devem fazer recomendações oficiais?

Ofereçam-se para formar um “grupo de trabalho” de modo a ajudar a implementar estas recomendações.

3. Relatório de Acção

Façam um relatório de acção, que torne claro qual a acção que deverá ser tomada para promover uma Maternidade Segura na comunidade pela qual são responsáveis.

Exemplo:

“Este grupo afirma que os Cuidados Maternos na comunidade são essenciais para uma Maternidade Segura. Reafirmamos a nossa declaração feita em _____ e comprometemo-nos a realizar as seguintes acções:

Designem um líder e um relator do grupo.

Têm uma hora para realizar o trabalho.

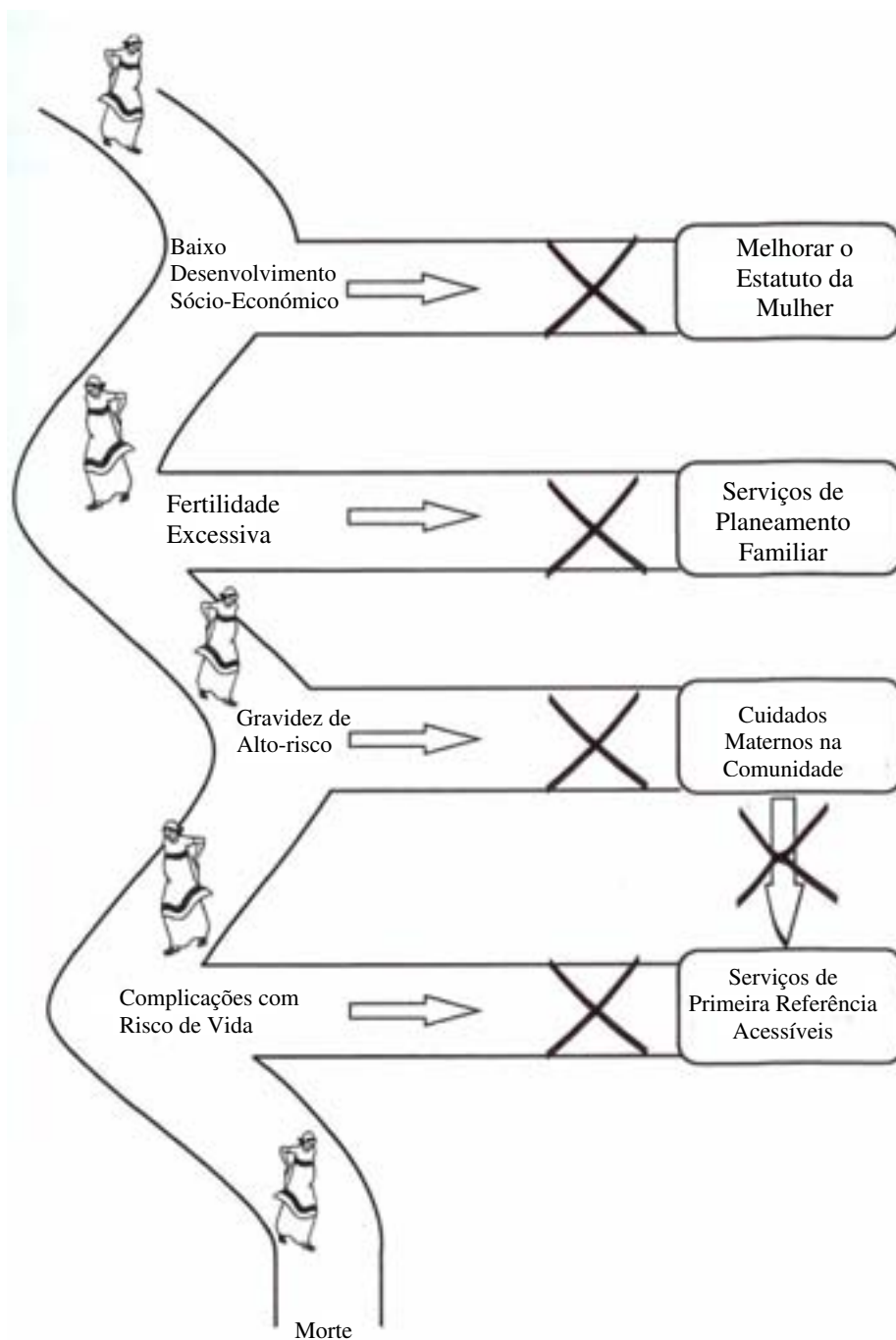
Avaliação do estado da Maternidade Segura na comunidade _____

(Utilize o diagrama “Caminho para a Mortalidade Materna” como referência)

Problema identificado no “Caminho para a Mortalidade Materna”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não existe ▪ SAÍDA disponível 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe mas está a ser trabalhado por nós a) Por outros profissionais* b) Membros comunitários 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precisa de atenção
1. Baixo estatuto socio-económico (Saída necessária = aumentar o estatuto da mulher)			
2. Fertilidade excessiva: (Saída necessária = serviços de planeamento familiar)			
2. Gravidez de alto risco (Saída necessária = serviços de cuidados comunitários maternos)			
4. Complicações que põem a vida em risco. (Saída necessária = serviços de primeira referência acessíveis)			

*Se houver envolvimento de terceiros, discuta como é que podem cooperar.

CAMINHO PARA A MORTALIDADE MATERNA



GLOSSÁRIO

A

Abcesso

Colecção de pus em qualquer local do corpo em resultado de uma infecção.

Aborto

O termo refere-se ao término da gravidez, independentemente da causa, antes do feto poder sobreviver à vida extra-uterina.

Aborto completo - expulsão do útero de todos os produtos da concepção, o que é mais provável acontecer antes da oitava semana de gestação.

Aborto incompleto - expulsão parcial dos produtos da concepção. Parte ou toda a placenta pode ficar retida o que resulta em hemorragia profusa. Normalmente ocorre no segundo trimestre de gravidez. À maioria das mulheres que procura cuidados pós-aborto é diagnosticado aborto incompleto.

Aborto induzido - interrupção da gravidez através de uma intervenção deliberada para terminar a gravidez. O aborto induzido pode ocorrer num serviço de saúde seguro, e de acordo com a lei e as orientações da política de saúde, ou fora do sistema de saúde e do que está legislado.

Aborto inevitável - envolve hemorragia vaginal, dores abdominais e dilatação progressiva do colo do útero, com ou sem rotura das membranas. É impossível a continuação da gravidez e irá ocorrer expulsão dos produtos da concepção.

Aborto retido – ocorre quando o feto morre e fica retido no útero. O feto será eventualmente expulso embora possam surgir problemas na coagulação se o aborto retido persistir durante 6 a 8 semanas.

Aborto séptico - Aborto seguido de infecção do útero (e com possibilidade de extensão ao tracto genital) que provoca febre e arrepios, corrimento vaginal fétido, dor pélvica e septicemia. O aborto séptico ocorre frequentemente em locais onde as instalações e os cuidados são pobres.

Aborto espontâneo – refere-se ao fim da gravidez em que não foram feitas intervenções para acabar com esta. O aborto espontâneo afecta, aproximadamente 10 a 15% de todos os casos de presumível gravidez.

Ameaça de aborto – envolve hemorragia vaginal com ou sem dilatação cervical. Os sintomas podem desaparecer e a gravidez continuar. Se os sintomas persistirem, a gravidez resultará, inevitavelmente, em aborto completo ou incompleto.

Aborto inseguro – refere-se à interrupção da gravidez por pessoas sem as competências necessárias ou num ambiente sem os mínimos requisitos ou ambos.

Agente tocolítico

Um agente que pára as contracções uterinas, por exemplo, ritrodina, hidrocloreto, salbutamol.

Âmnios

Mais interna das membranas que envolvem o bebé no útero e que contém o líquido amniótico.

Amniotomia

Rotura cirúrgica das membranas de modo a induzir o parto.

Analgésico

Droga administrada para aliviar a dor.

Anca	Região coxo-femural.
Andar de pato	Andar com uma elevação excessiva das ancas.
Anel de Bandl	Área entre o segmento superior e inferior do útero que se torna visível e/ou palpável durante a paragem na progressão do trabalho de parto. É causado pelo espessamento excessivo da parede do segmento superior do útero e pela distensão do segmento inferior. É um sinal de rotura iminente do útero.
Anemia	Redução no número de glóbulos vermelhos ou na quantidade de hemoglobina. Pode ser causada por perda excessiva de sangue ou por deficiente ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico. Outras causas de anemia são a destruição excessiva dos glóbulos vermelhos (por exemplo, malária) ou deficiência no seu fabrico.
Anemia crónica por deficiência de ferro	Anemia de longa duração que resulta da não ingestão que alimentos ricos em ferro ou da infestação por parasitas.
Anemia hemolítica	Anemia causada pela destruição dos glóbulos vermelhos, como na malária. A doença hemolítica do recém-nascido pode ocorrer em resultado de incompatibilidade Rh (Rhesus). Estes bebés podem exigir transfusão sanguínea total após o nascimento.
Aneurisma	Um saco resultante da dilatação sacolar da parede de uma artéria.
Anoxia	Estado em que há privação de oxigénio.
Anterior	Situado à frente ou em frente de uma estrutura.
Antero-posterior	Da frente para trás.
Antibiótico	Fármaco que deriva de microrganismos vivos que destroem ou inibem o crescimento de bactérias patogénicas. É administrado para tratar a infecção ou como profilaxia da mesma.
Antibiótico de largo espectro	Um antibiótico que é eficaz contra uma série de bactérias.
Anticorpo	Proteína produzida pelo corpo para combater os microrganismos ou substâncias estranhas que entrem em circulação. Na gravidez, os anticorpos maternos para determinadas doenças são transferidos para o feto, através da placenta. Tal dá ao bebé, nos primeiros meses de vida, uma imunidade passiva para algumas doenças.
Anticonvulsivo	Fármaco para controlar as convulsões.
Antihipertensivo	Droga administrada para reduzir a pressão arterial.
Antipirético	Droga administrada para reduzir a temperatura.
Anti-séptico	Substância que previne a infecção destruindo determinadas bactérias na pele ou tecidos corporais. Os anti-sépticos incluem clorexidina, soluções de iodo e outros.

Anúria	Não há produção de urina pelos rins. Trata-se de uma situação de risco de vida que pode estar associada com emergências obstétricas como hemorragia grave, eclâmpsia ou choque séptico.
Ápex	O topo ou ponto mais alto.
Apneia	Ausência de respiração.
Apresentação cefálica	A cabeça do feto encontra-se no polo inferior do útero.
Apoios de litotomia	Apoios especiais colocados de cada um dos lados da mesa de operações ou mesa de partos. Possuem estribos e braçadeiras para colocar as pernas durante a realização de procedimentos na zona genital, por exemplo, extracção por ventosa ou sutura perineal.
Arco púbico	Estrutura óssea curva na parte da frente da pélvis.
Asfixia	Condição que resulta da falta de oxigénio no sangue e um aumento do dióxido de carbono. Se o bebé não respirar ao nascer, está a sofrer de asfixia e precisa de ser ressuscitado urgentemente.
Assepsia ou técnica asséptica	A técnica asséptica refere-se a precauções especiais tomadas para conseguir um ambiente sem microorganismos, por exemplo, no parto ou em operações cirúrgicas. As precauções incluem a lavagem correcta das mãos, o uso correcto dos instrumentos e panos esterilizados, a utilização da roupa apropriada pelo pessoal (bata, touca e luvas).
Assimétrico	Diferente forma ou tamanho de duas estruturas normalmente idênticas. A pélvis pode ser assimétrica se estiver distorcida por doença, traumatismo ou malformação congénita.
Atónico	Falta do tónus ou força normal.
Atraso no crescimento intra-uterino	Crescimento pobre do feto no útero. A razão nem sempre é conhecida mas é mais comum em casos de má nutrição, anemia, pré-eclâmpsia, malária, tuberculose e em mulheres fumadoras.
Atraso mental	Atraso no desenvolvimento mental.
Auditoria médica	Exame oficial dos registos médicos.
Avaliação pélvica	Avaliação do tamanho da pélvis para verificar se é suficientemente grande em comparação com a cabeça do feto de modo a permitir um parto por via vaginal.
Axila	Pequena concavidade por baixo do antebraço onde se dá a junção do ombro com o tronco.

B

Bactéria	Microorganismo microscópico e unicelular que, se patogénico, pode causar doença. Reproduz-se muito rapidamente pelo que se pode multiplicar rapidamente no corpo.
Bactéria resistente	Bactéria que não é destruída pela droga que normalmente a mata.
Bacteriúria	Presença de bactérias na urina.
Banho de assento	Mergulhar a zona genital num recipiente de água limpa e morna. Pode ser feito no pós-parto para diminuir a dor resultante de uma episiotomia ou de rotura do períneo. Termos equivalentes: <i>Banho semi-cúpios</i> , <i>Banho de bidé</i> .
Banho semi-cúpios	Ver <i>Banho de assento</i> .
Banho de bidé	Ver <i>Banho de assento</i> .
Bebé pré-termo	Bebé nascido antes da 37ª semana de gravidez.
Bebé de termo	Bebé que nasceu após as semanas de gravidez requeridas (entre a 37ª semana e a 41ª semana + 6 dias).
Bíceps médio	A meio dos bíceps (músculo na parte interna do braço).
Bolsa de águas	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero.
Bólus	Uma dose de droga endovenosa administrada rapidamente, de uma só vez.

C

Canal cervical	Canal entre o colo do útero e o útero.
Caput succedaneum	Edema do couro cabeludo do feto normalmente por pressão do colo do útero. O edema pode ser exagerado na PPTP.
Cateter urinário com balão (algália de Foley)	Um cateter que é deixado na bexiga e uretra.
Cavidade	Um local profundo ou espaço no corpo.
Cavidade peritoneal	Espaço que contém os órgãos internos do abdómen.
Cetoacidose	Estado de desequilíbrio electrolítico com cetose e pH sanguíneo baixo. Pode ocorrer durante o trabalho de parto se a mulher ficar desidratada e cetónica. A mulher com cetose tem um hálito doce e frutado. O tratamento consiste na hidratação da mulher através da administração de líquidos e de hidratos de carbono.
Cetonúria	Presença de corpos cetónicos na urina.

Choque	<p>Condição que ameaça a vida, caracterizada pela incapacidade do sistema circulatório para manter o débito normal nos órgãos (por exemplo, rins, coração e cérebro).</p> <p><i>Choque hemorrágico</i> – resulta do baixo volume de sangue provocado pela perda excessiva deste.</p> <p><i>Choque séptico</i> – resulta de uma infecção e é provocado pela acção de bactérias no sistema vascular.</p>
Choque séptico	Infecção muito séria do sangue que provoca febre alta, hipotensão, pulso rápido e respiração rápida. O não tratamento deste problema leva a coma e morte.
Cianose	Coloração azulada da pele e mucosas devido à falta de oxigenação.
Cifose	Aumento da convexidade na curvatura na coluna vertebral torácica.
Cistite	Infecção da bexiga.
Coagulação	Agregação do sangue.
Coagulação intravascular disseminada	Perturbação na coagulação que resulta na formação disseminada de coágulos, muito deles nos capilares. Eventualmente a hemorragia ocorre dada a depleção de todos os factores da coagulação. Estes acontecimentos resultam em danos isquémicos nos órgãos e, a menos que seja instituído tratamento urgente, em morte. É despoletado por determinados estados que introduzem factores de coagulação na circulação, por exemplo, placenta abrupta, pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia, feto morto retido por várias semanas, embolia por líquido amniótico e algumas infecções graves.
Cóccix	Pequeno osso no fim do sacro formado por quatro vértebras fundidas. Forma uma articulação móvel com o sacro e move-se para trás durante o parto por via vaginal, aumentando o tamanho do estreito pélvico inferior.
Coma	Estado de inconsciência do qual a pessoa não pode sair. Diz-se que a pessoa está em coma ou num estado comatoso.
Compressão bimanual do útero	Manobra efectuada para parar a hemorragia pós parto grave após a expulsão da placenta e quando o útero está atónico. A mão direita é inserida na vagina e fechada e colocada no fundo de saco vaginal anterior. A mão esquerda é fortemente pressionada contra o abdómen, por detrás do útero, de modo a aplicar pressão contra a parede posterior deste. É mantida esta pressão até a hemorragia estar controlada. Equivalente a massagem bimanual do útero.
Contracção (da pélvis)	Redução de tamanho.
Contracção tetânica (do útero)	Contracção permanente do útero sem períodos de relaxamento.
Cordão umbilical	Cordão que liga o feto à placenta. Os nutrientes e o oxigénio passam através da veia umbilical da placenta para o feto. Os produtos a eliminar passam do feto para a placenta através de duas artérias umbilicais.
Corionamnionite	Infecção das membranas que envolvem o feto no útero.

Córior	A membrana externa que envolve o bebê no útero.
Coroamento	Momento do nascimento em que o maior diâmetro do crânio do feto distende o orifício vaginal e a cabeça não retrocede durante as contrações vaginais.
Corte gishiri	Prática tradicional da etnia Hausa da Nigéria em que a vagina é cortada de modo a facilitar o parto quando este está retido.
Crepitações	Sucessão de pequenos ruídos finos e secos, por vezes também perceptíveis ao toque.
Crepitações (rales)	Som semelhante ao que se ouve quando os pulmões estão afectados.
Crónico	Prolongado ou permanente.

D

Decídua	O endométrio (camada mais interior) do útero grávido. A parte da decidua que está por baixo da placenta é a <u>decídua basal</u> . A parte que cobre o restante útero é a <u>decídua vera ou parietal</u> .
Decidua capsular	A parte de decidua que envolve o embrião em desenvolvimento durante as 12 primeiras semanas de gravidez.
Decúbito lateral	Deitado de lado.
Decúbito dorsal	Deitado de costas.
Deficiência	Falta.
Deficiência física	Defeito no corpo que limita a capacidade da pessoa para levar uma vida normal.
Deflexão	Quando a cabeça está direita. Ocorre em posições occipito posteriores e pode causar parto prolongado dado que os diâmetros maiores da cabeça do feto têm de passar pela pélvis.
Deformidade	Distorção de qualquer parte do corpo. Malformação.
Delírio	Estado de consciência alterado com discurso incoerente, alucinações e excitação. Ocorre, frequentemente, quando há febre elevada.
Descolamento da placenta	Separação prematura da placenta normalmente inserida (no segmento superior do útero) que ocorre após a 22ª semana de gravidez. Nestes casos pode estar presente dor abdominal e hemorragia. Se a hemorragia é oculta, isto é, por detrás da placenta, o abdómen apresentar-se-á duro e muito doloroso. O choque é grave e o sofrimento fetal comum.
Desidratação	Condição causada pela perda excessiva de fluidos corporais ou por ingestão insuficiente de líquidos. Os sinais de desidratação incluem boca seca, sede, olhos encovados, persistência da prega cutânea e diminuição do débito urinário.

Desproporção cefalo-pélvica	Incompatibilidade entre a cabeça do feto e a pélvis por onde esta tem de passar. Pode ser devida a uma pélvis pequena ou com um formato anormal ou por um bebé grande ou com anomalias.
Diagnóstico diferencial	Decidir qual de duas ou mais condições pode ser a causa dos sinais e sintomas apresentados.
Diâmetro	Linha recta que passa no centro de uma circunferência ou de uma esfera. São descritos, e dadas as medidas, de uma série de diâmetros da pélvis e do crânio do feto.
Diâmetro antero-posterior (da pélvis)	Da frente para trás. A medida do promontório sagrado à sínfise púbica.
Diâmetro mento-vertical (da cabeça)	Distância entre o queixo e o vértex da cabeça.
Diâmetro occipito-frontal (da cabeça)	Distância entre a pirâmide nasal e a protuberância occipital (proeminência que pode ser palpada no occipital na face posterior da cabeça). É o diâmetro de apresentação quando a cabeça não está flectida e mede 11,5 cm.
Diâmetro suboccipito-bregmático (da cabeça)	Distância entre a parte inferior do occipito à fontanela anterior.
Disenteria	Infecção dos intestinos devida a bactérias ou parasitas que causa dor abdominal e dejectões frequentes com sangue e muco.
Distendido	Esticado.
Diurese aumentada	Eliminação aumentada de urina.
Diurético	Droga administrada para aumentar a produção de urina.
Doença inflamatória pélvica (DIP)	Infecção dos órgãos reprodutivos (útero, trompas de falópio, ovários, paramétrio). A infecção pode seguir-se ao parto ou aborto, ser secundária a outras infecções do trato genital ou abdómen ou ter origem numa infecção sanguínea (por exemplo, tuberculose). Os sintomas incluem dor na região inferior do abdómen, febre e corrimento vaginal. A menos que seja tratada precocemente e de forma efectiva com antibióticos, pode causar bloqueio das trompas de falópio e originar infertilidade secundária. Pode-se tornar crónica.

E

Eclâmpsia	Condição peculiar da grávida ou puérpera caracterizada por perda de consciência, convulsões seguida de coma mais ou menos prolongado. A mulher normalmente tem proteinúria e hipertensão. As convulsões podem surgir nos períodos pré, intra ou pós-parto.
Ecografia	Técnica de diagnóstico médico que utiliza a reflexão (eco) de ultra-sons. Termos equivalentes: ultra-sonografia, eco, sonar.

Edema	Acumulação excessiva de líquidos nos tecidos do corpo. Causa ganho excessivo de peso e inchaço que forma depressões quando pressionado. Comum na gravidez, afecta, principalmente os pés e maléolos podendo estar também presente nas mãos, face ou ser generalizado. Já não é considerado um sinal significativo de pré-eclâmpsia dado ser comum em muitas gravidezes.
Edema pulmonar	Acumulação de líquidos no pulmão.
Embolia pulmonar	Quando a circulação pulmonar é bloqueada por um êmbolo (coágulo de sangue).
Embolia por líquido amniótico	Esta condição rara mas fatal é provocada pela entrada de líquido amniótico no aparelho circulatório da mãe através das vilosidades uterinas da placenta. Ocorre com maior frequência no parto ou no pós-parto imediato, a seguir a contracções muito fortes. Os sinais e sintomas incluem cianose, dor no peito, dispneia, hemorragia generalizada, expectoração espumosa, convulsões e colapso.
Empatia	Consciência e compreensão intelectual e emocional dos pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro mesmo quando estes são de sofrimento ou perturbadores. Saber colocar-se no lugar do outro.
Endocardite	Inflamação da membrana que envolve as cavidades do coração.
Endométrio	Camada interna do útero.
Endometrite	Infecção do endométrio (camada interna do útero).
Enfarte	Área de necrose (tecido morto) de um órgão, causada por isquémia local (isto é, por suprimento sanguíneo pobre). Os enfartes da placenta podem ser observados, especialmente em casos de hipertensão na gravidez.
Epigastro	A região superior média do abdómen.
Episiotomia	Corte feito no períneo antes do coroamento da cabeça do bebé para facilitar o nascimento. Não deve ser feito por rotina mas apenas quando há sofrimento fetal, de modo a acelerar o nascimento antes de partos vaginais complicados, por exemplo, apresentação pélvica, distocia do ombro e para bebés pré-termo de modo a aliviar a pressão no crânio mole (para prevenir lesões cerebrais).
Escoliose	Desvio lateral na coluna vertebral que normalmente é vertical e recta.
Esfregação	Amostra de células superficiais, por exemplo, do colo do útero ou vagina, que pode ser examinada microscopicamente e que dá informação sobre o nível de hormonas e doença maligna num estado precoce.
Espasmos	Contracções musculares repentinas, fortes e involuntárias.
Espécimen	Amostra ou parte de algo retirado para determinar o carácter do todo (por exemplo, espécimen de urina).
Espinhas isquiáticas	Duas protuberâncias da pélvis que se projectam na cavidade pélvica e podem ser palpadas lateralmente no exame vaginal. <i>Termo equivalente: Tuberosidades Isquiáticas.</i>

Espumar	Formação de pequenas bolhas formadas por agitação dos líquidos. Espuma na boca: ocorre durante um ataque devido às bolhas de saliva e de muco.
Estase (da urina)	Ficar parada, não flui adequadamente.
Estatística	Colecção de factos numéricos.
Estenose (da vagina)	Estreitamento da vagina que, habitualmente, se deve à cicatrização causada pela mutilação genital ou por lacerações não reparadas.
Estreito pélvico inferior	Estreito ósseo da pélvis em forma de diamante pelo qual passa o feto ao nascer.
Estreito pélvico superior	Primeira porção da pélvis verdadeira pela qual o feto tem de passar. Regra geral, se o feto conseguir entrar no estreito pélvico superior deverá ser capaz de passar pelo resto da pélvis.
Exoftalmia	Protuberância ocular.
Expectoração	Matéria expelida pelos pulmões, brônquios e traqueia, através da boca.
Expansores do plasma	Soluções que contêm um substituto do plasma que, quando administrado por via endovenosa, fica nos vasos sanguíneos e atrai fluidos dos tecidos.
Extensão (cabeça)	Quando a cabeça está para trás.
Extensão	Alongamento. Oposto da flexão. Utilizada para descrever o mecanismo pelo qual a cabeça nasce, isto é, após a flexão há extensão da cabeça para permitir o nascimento da testa, face e queixo.
Extracção por vácuo	Procedimento no qual uma ventosa de metal ou plástico é aplicada na cabeça do bebé através da formação de vacuum. Ao puxar cuidadosamente a corrente ligada à ventosa durante as contracções, a cabeça do bebé desce suavemente através do canal de parto. É importante verificar que não há desproporção cefalo-pélvica antes de tentar fazer uma extracção por vácuo.

F

Factor de risco	Factor que torna uma condição mais provável de acontecer ou mais perigosa.
Factores evitáveis	Factores que causam ou contribuem para a morte materna quando existe um desvio dos cuidados gerais e aceites.
Factor Rhesus	Antigénio presente nas células vermelhas da maioria das pessoas. Os que possuem este antigénio são “rhesus positivo” os que não o têm são “rhesus negativo”. A incompatibilidade rhesus ocorre quando a mãe é “rhesus negativo” e o feto “rhesus po”.
Fatal	Que acaba em morte.

Fétido	Que cheira muito mal.
Feto-morto	Nascimento de um bebê morto (após as 22 semanas de gravidez)
Fibróide	Tumor benigno do miométrio (músculo do útero).
Fístula	Passagem anormal, ou comunicação, entre dois órgãos como, por exemplo, a bexiga e a vagina (fístula vesicovaginal,) ou a vagina e o recto (fístula rectovaginal). É uma complicação grave da paragem na progressão do trabalho de parto e resulta em incontinência vesical ou urinária. Normalmente é necessária reparação cirúrgica.
Flectido	Dobrado para a frente.
Flexão (da cabeça do feto)	Quando a cabeça está dobrada para a frente.
Flexível	Dobra-se facilmente sem partir.
Flutuante	Que dá a sensação de ondulação à palpação por conter líquido (por exemplo, pus num abcesso).
Fontanela	Pontos moles da cabeça do bebé. A fontanela anterior, com a forma de um losango, é um espaço membranoso na parte da frente da cabeça no local de convergência das quatro suturas. A fontanela posterior é um espaço membranoso em forma de triângulo na parte de trás da cabeça no local de convergência de três suturas.
Fossa cubital	Depressão no membro superior em frente ao cotovelo.
Fotofobia	Intolerância à luz.
Fundos de saco vaginais	Espaço entre a parede vaginal e a porção vaginal do colo do útero. Existem quatro fórnix: anterior, posterior e dois laterais.
Fundo de saco anterior	Espaço em forma de saco entre o útero e a bexiga. Termo equivalente: <i>saco uretro-vesical</i> .
Fundo de saco posterior	Espaço em forma de saco entre o recto e o útero. Termo equivalente: <i>Saco de Douglas</i> .
Fundo	Parte superior, arredondada do útero, acima da inserção das trompas de falópio.
G	
Glândulas de Bartholin	Duas glândulas pequenas, produtoras de muco, uma de cada lado do orifício vaginal.
Grande mal epiléptico	Crise convulsiva epiléptica seguida de perda de consciência.
Grande multiparidade	Ter parido seis ou mais crianças.

Gravidade específica Peso relativo de qualquer matéria (por exemplo, urina) expressa pela razão entre o peso dessa matéria e o peso do mesmo volume de água. A gravidade específica da água é 1.

Gravidez múltipla Gravidez de mais de um feto, como no caso dos gémeos.

H

Hematemese Vômito de sangue.

Hematócrito Percentagem do volume das células vermelhas numa amostra de sangue. A sua quantificação obtém-se por centrifugação (girar muito depressa) da amostra. É o teste de rastreio para a anemia.

Hematoma Colecção de sangue num órgão ou tecido devido à rotura de um vaso sanguíneo.

Hemiplegia Paralisia de uma parte do corpo.

Hemoglobina Substância das células vermelhas que transporta oxigénio dos pulmões para os tecidos.

Hemoglobinopatias Alterações no sangue causadas por formas anormais de hemoglobina (por exemplo, doença das células faciformes, talassemia). Nestes casos há anemia grave.

Hemorragia pós-parto por atonia uterina Ocorre no local da placenta uma vez que o útero não se consegue contrair adequadamente, os vasos não são comprimidos e a hemorragia não é controlada. Qualquer condição que interfere com a contração uterina, como seja a retenção da placenta, predispõe a hemorragia atónica.

Hemorragia Perda excessiva de sangue dos vasos sanguíneos danificados. Pode ser externa ou interna.

Hemorragia cerebral Sangramento no cérebro por rotura de um vaso sanguíneo.

Hemorragia pré-parto Hemorragia do tracto genital a qualquer altura depois das 22 semanas de gestação e antes do nascimento do bebé. São duas as causas principais de hemorragia pré-parto: placenta prévia e placenta abrupta.

Hemorragia pós-parto Perda de 500 ml ou mais de sangue do tracto genital, após o parto. A causa mais comum é a atonia (tónus muscular fraco) do útero. Pode também ser causada por trauma do trato genital, por exemplo, lacerações da vagina, colo do útero ou segmento inferior do útero. A hemorragia pós parto é a causa mais frequente de morte materna.

Hemorragia pós-parto precoce Inclui todas as ocorrências de hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto. A quantidade de sangue é 500 ml ou mais.

Hemorragia pós-parto tardia Inclui todos os casos de HPP que ocorrem entre as 24 horas e as 6 semanas após o parto.

Hemorragia subaracnoideia	Hemorragia entre as membranas que envolvem o cérebro devido à rotura de um vaso sanguíneo.
Hemorragia traumática	Em obstetrícia ocorre em consequência de traumatismo do tracto genital.
Hipertensão essencial	Tensão arterial elevada cuja causa não se conhece.
Hidratação	Absorção de, ou combinação com, água.
Hidrocefalia	Condição caracterizada pela acumulação de líquido cefalorraquidiano no crânio. O bebé com hidrocefalia tem uma cabeça aumentada e uma testa proeminente. Os casos graves são incompatíveis com a vida mas os ligeiros podem ser tratados através de uma intervenção que desvia o excesso de líquido do cérebro para a corrente sanguínea.
Hiperémese gravídica	Vómitos excessivos durante a gravidez. É um problema grave que causa desidratação e cetose e, caso não seja tratada, piora o estado da mulher. Podem ocorrer danos renais e hepáticos que conduzem a coma e morte.
Hiperhidratação	<i>Ver Intoxicação hídrica</i>
Hipertensão	Tensão arterial elevada.
Hipertónico	Com tónus excessivo. As contracções uterinas hipertónicas são anormais, extremamente dolorosas e com um pequeno intervalo entre elas. Normalmente resultam em sofrimento fetal e podem causar rotura do útero. Muitas vezes associadas ao parto prolongado e difícil, uso excessivo de fármacos tocolíticos para aumentar ou induzir o trabalho de parto.
Hiponatremia	Quando não existe sódio suficiente (sal) no sangue.
Hipovolemia	Diminuição anormal da quantidade de sangue no corpo. Pode acontecer devido a perdas excessivas de sangue (por exemplo, hemorragia pós-parto).
Hipoxia	Quando não existe oxigénio suficiente para suprimir as necessidades dos tecidos.
I	
Idiopática	Que se desconhece a causa.
Iminente	Que acontecerá brevemente.
Incisão	Corte cirúrgico.
Infertilidade	Incapacidade ou dificuldade em conceber.
Infiltração (do anestésico local)	Método de injeção de uma anestésico local que é feito em diferentes planos a partir de uma ponto central de modo a anestesiar a área desejada.
Intermédio	No meio.
Interno	Na parte de dentro.

Intoxicação hídrica	Condição resultante por excesso de líquidos em circulação e insuficiência de sódio. Pode ser causada por transfusão excessiva e pode conduzir a náuseas, vômitos e, em casos graves, convulsões, coma e morte. Termo equivalente: <i>Hiperhidratação</i> .
Intraparto	Durante o parto.
Intraperitoneal	Na cavidade peritoneal.
Inventário	Lista detalhada.
Inversão uterina	O fundo do útero é forçado para o colo do útero e prolapsa para o interior ou exterior da vagina. É uma emergência obstétrica grave que conduz a choque grave. O útero deve ser reposicionado o mais depressa possível.
Involução do útero	Retorno do útero ao tamanho normal, após o parto. A involução ocorre por autólise (destruição) e isquémia (diminuição do suprimento sanguíneo) do excesso de fibras musculares. Começa logo após o nascimento e termina ao fim de seis semanas.
Istmo	A ligação entre o corpo do útero e o colo do útero.
J	
Joelho em extensão	Esticar a perna.
L	
Lactato de sódio	Solução de lactato de sódio, cloreto de sódio, cloreto de potássio e cloreto de cálcio que pode ser administrada por via endovenosa.
Laparotomia	Operação em que o abdómen é aberto.
Lateralmente	De um dos lados.
Leucopenia	Diminuição anormal do número de células brancas, células estas que combatem a infecção.
Ligamento largo	Duas membranas do peritoneu que cobrem o útero e que se estendem à parede pélvica ajudando a fixá-lo. Contêm as trompas de falópio, paramétrio, vasos sanguíneo e nervos.
Líquido amniótico	Líquido produzido e contido no âmnios. Durante a última metade da gravidez também contém líquido dos pulmões e rins do feto. Este líquido cria o espaço para o crescimento do feto e, na gravidez avançada e parto, equilibra a pressão exercida pelas contrações, temperatura e fornece substâncias nutritivas ao feto.
Líquido cefalorraquidiano	Líquido que se encontra no cérebro e na medula espinal.

Liquor	Outra designação para líquido céfallo-raquidiano.
Lóquios	Excreção vaginal após o parto. É composta por sangue, muco, restos de decídua e outros produtos da descamação do útero. Durante os primeiros 2 a 3 dias são compostos principalmente de sangue. Posteriormente assumem uma coloração rosada/ acastanhada que contém mais líquido seroso e, finalmente uma coloração branca composta por células sanguíneas da série branca e muco. Os lóquios duram entre 2 a 3 semanas após o nascimento. Lóquios vermelhos profusos e persistentes podem estar associados com retenção de produtos da concepção. Lóquios com cheiro fétido são sinal de infecção.

M

Malares	Ossos das bochechas.
Mamas engorgitadas	Acumulação dolorosa de secreções nas mamas, muitas vezes acompanhada de estase venosa e linfática e edema, no início do aleitamento. A amamentação frequente e o posicionamento correcto do bebé na mama ajuda a aliviar este estado.
Malnutrição	Nutrição inadequada que resulta de uma dieta pobre ou de um defeito no metabolismo que impede que o organismo utilize, de forma efectiva, os alimentos. Os sintomas de malnutrição são fraqueza física, letargia e sensação de alheamento da realidade. Na fome pode estar presente edema, distensão abdominal e perda excessiva de peso. Adicionalmente podem estar presentes sinais de deficiência de várias vitaminas.
Marginal	No limite.
Mastite	Infecção da mama. Uma zona da mama fica dolorosa, ruborizada e quente e a mulher, geralmente, não se sente bem. A infecção responde bem ao tratamento com antibióticos. Se não for tratada pode originar abscesso mamário.
Mastoidite	Infecção do osso por de trás da orelha. Pode ser uma complicação da otite média (infecção do ouvido médio).
Mecónio	Substância verde escura presente no intestino do feto de termo. É composta por pigmentos e sais biliares, muco, células epiteliais e, por vezes, líquido amniótico. É a primeira dejectação do bebé e mantém-se durante 1 a 2 dias. Ocasionalmente pode ser eliminado no útero constituindo um sinal de sofrimento fetal.
Mediano	Situada na linha média do corpo ou de uma estrutura.
Meningite	Infecção das membranas que envolvem o cérebro.
Miométrio	Camada muscular do útero.
Moldagem (da cabeça do feto)	Sobreposição dos ossos do crânio do feto nas suturas e fontanelas de modo a permitir a adaptação dos ossos à pélvis pela qual tem de passar. O diâmetro de apresentação diminui e o diâmetro dos ângulos direitos aumenta. Se a moldagem for excessiva (por exemplo, paragem na progressão do trabalho de parto) na posição errada, como acontece nas más posições e apresentações, ou for demasiado rápida, há o perigo de hemorragia intracraniana.

Mola hidatiforme	Gravidez anormal que resulta da degeneração do ovo e cujo aspecto se assemelha a um cacho de uvas. É necessário terminar a gravidez e essencial continuar o seguimento dado o risco de desenvolvimento de coriocarcinoma.
Monoplegia	Paralisia de um membro (superior ou inferior).
Morte intra-uterina	Quando o bebé morre ainda no útero.
Morte obstétrica directa	Morte por complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério resultantes de intervenções, omissões, tratamento incorrecto ou combinação de todas as anteriores.
Morte obstétrica indirecta	Morte que resulta de uma doença existente previamente ou que se desenvolveu durante a gravidez e que não tem causas obstétricas mas que é agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
Multípara	Uma mulher que pariu duas ou mais crianças.
Mutilação genital	Prática cirúrgica tradicional em que se corta parcial, ou totalmente, os órgãos genitais externos da mulher. Na sua forma mais extrema, chamada de infibulação, os dois lados da vulva são unidos e suturados de modo a deixar uma abertura muito pequena.

N

Nado morto	Bebé que nasce morto (após as 22 semanas de gravidez).
Necrose	Morte dos tecidos.
Necrose cortical	Morte do tecido que compõe a parte externa de um órgão (por exemplo, um rim).
Nuca	Parte de trás do pescoço.
Nulípara	Mulher que nunca pariu.
Nanismo nutricional	Quando a pessoa é baixa, frequentemente, devido a uma ingestão alimentar insuficiente durante a infância.

O

Obesidade	Acumulação excessiva de gordura no corpo. O aumento de peso é superior ao considerado desejável relativamente à idade, altura e estrutura óssea. Na gravidez, as mulheres obesas estão em maior risco de complicações (como hipertensão).
Oblíquo	Inclinado, diagonal.
Occipício	Área da cabeça que fica abaixo da fontanela posterior, na junção com o pescoço. Tremo equivalente: <i>occiput</i> .
Occiput	Ver <i>occipício</i> .

Occipício posterior persistente	O feto tem o occipício (parte posterior da cabeça) directamente virada para a parte posterior da pélvis da mãe. Habitualmente a cabeça flexa e roda para uma posição anterior. Na posição occipício posterior persistente não há rotação e o bebé nasce com a face para o púbis. Normalmente o parto é mais difícil dado que os diâmetros da cabeça do feto que têm de passar no canal de parto são maiores, as contracções podem ser menos efectivas, a dilatação cervical mais lenta, a descida do feto atrasada e os traumatismos da mãe e da criança mais frequentes.
Oligúria	Produção diminuta de urina. Pode estar associada com comprometimento da função renal após complicações graves como hemorragia, pré-eclâmpsia e eclâmpsia e choque séptico.
Orifício	Abertura.
Osteomalacia	Raquitismo do adulto. É causada por deficiência grave de vitamina D que resulta no amolecimento doloroso dos ossos.
Ostício	Abertura. Osso.
Orifício cervical	O orifício interno é a abertura interna entre o colo do útero e o corpo do útero e o externo é a abertura entre o colo do útero e a vagina. Após o apagamento do colo do útero no trabalho de parto, apenas há um orifício que fica entre o segmento inferior do útero e a vagina.
Otite média	Infecção do ouvido médio. Normalmente surge como complicação de uma infecção do tracto respiratório superior. Os sintomas incluem dor e febre.
Oxigénio	Gás incolor e inodoro essencial à vida. Constitui 21% da atmosfera e entra nos pulmões através do processo de respiração. Circula no sangue para oxigenar todos os tecidos do corpo. A falta de oxigénio (hipoxia) causa cianose (coloração azulada da pele e mucosas). A anóxia (sem oxigénio) conduz à morte e é uma causa comum de morte perinatal.
Ocitócico	Termo que se aplica a drogas que estimulam as contracções do útero de modo a induzir ou acelerar o parto, ou para prevenir ou tratar a hemorragia pós parto.

P

Paramétrio	Tecido conectivo que envolve a porção inferior do útero. Ocupa os espaços entre o útero e os órgãos com ele relacionados.
Parametrite	Infecção do paramétrio.
Paridade	Número de crianças paridas pela mulher.
Parteira tradicional	Nome dado às parteiras que, tradicionalmente, assistem as mulheres ao nível comunitário. A maioria é analfabeta e torna-se parteira sem formação. Estão a ser feitos esforços para lhes dar treino básico durante algumas semanas e para as encorajar a usar os kits de parto básicos mas essenciais.

Partograma	Registo de todas as observações feitas à mulher no parto, na qual o principal destaque é o registo gráfico da dilatação cervical avaliada por exame vaginal e da descida da cabeça do feto. Inclui uma linha de acção e uma linha de alerta que, caso sejam ultrapassadas durante o registo da dilatação cervical, indicam que o parto está a progredir mais lentamente que o normal e é necessário intervir.
Parto precipitado	Parto que decorre muito rapidamente e que se caracteriza por contracções fortes e dolorosas.
Patogénico	Agente ou microrganismo que causa doença, por exemplo, bactéria patogénica.
Parto induzido	Parto que tem início artificialmente por administração endovenosa de oxitocina ou por rotura das membranas.
Parto prolongado	Trabalho de parto que excede as 12 horas.
Pé boto	Pé malformado. Anomalia congénita em que o pé se desenvolve num ângulo anormal relativamente à perna.
Pericardite	Inflamação do saco que contém o coração.
Perimétrio	Camada mais externa do útero. Cobre o útero como uma folha e estende-se às paredes laterais da pélvis formando os ligamentos largos.
Perinatal	Período imediatamente antes e depois do parto.
Períneo	Área compreendida entre o arco púbico e o cóccix. Em obstetrícia o corpo perineal é constituído, anteriormente, pela pirâmide fibro-muscular entre o terço inferior da vagina e lateralmente pelas espinhas isquiáticas. Na segunda etapa do parto torna-se mais fino e estica durante o nascimento do bebé, sendo que em alguns casos, se rompe.
Peritoneu	Membrana que cobre os órgãos internos do abdómen e que “forra” a cavidade abdominal e pélvica.
Peritoneu parietal	Peritoneu que forra a cavidade pélvica e abdominal.
Peritoneu visceral	Cobre os órgãos abdominais, segurando-os na sua posição.
Peritonite	Infecção do peritoneu.
Pista	Facto que guia ou sugere uma linha de inquérito numa investigação.
Placenta encarcerada	Descreve a situação em que a placenta não foi expulsa nos 30/60 minutos após o nascimento do bebé.
Placenta prévia	Placenta anormalmente situada no segmento inferior do útero, cobrindo total ou parcialmente o orifício interno (abertura entre o útero e o colo do útero). A distensão do segmento inferior do útero durante o último trimestre de gravidez causa separação da placenta da parede uterina. Como resultado podem ocorrer episódios de hemorragia vaginal, habitualmente indolor. O perigo é a ocorrência de uma hemorragia catastrófica no último trimestre de gravidez.
Placenta sucenturiada	Placenta que na sua constituição tem um lóbulo extra de tecido placentário situado na membrana do saco fetal.

Pleuresia	Infecção da membrana que cobre os pulmões e a parede do tórax (pleura).
Pielonefrite	Infecção dos rins geralmente devido à subida de bactérias provenientes da bexiga.
Polidrâmnio	Excesso de líquido amniótico. Está associada principalmente com a gravidez múltipla, anomalias do feto, diabetes e hidrósia fetal, um estado raro caracterizado por doença hemolítica severa.
Poliúria	Excessiva produção de urina.
Posição de litotomia	A mulher está deitada em decúbito dorsal com os membros inferiores afastados e suportados pelos estribos e braçadeiras das pernas.
Pós-parto	Depois do parto.
Posterior	Situada na parte de trás do corpo ou de uma estrutura.
Potência	Poder de um agente medicinal para produzir efeito.
Pré-eclâmpsia	Condição específica da gravidez que surge após a 20ª semana de gestação e que se caracteriza por hipertensão e proteinúria. Podem estar presentes edemas no entanto estes não são sinal cardinal dado que estão presentes na maioria das gravidezes. Se não for controlada, a pré-eclâmpsia pode conduzir a eclâmpsia que se caracteriza por ataques convulsivos, seguidos de coma e tem uma elevada taxa de mortalidade.
Pré-parto	Antes do nascimento.
Primipara	Mulher que só pariu uma criança viva.
Primigrávida	Mulher grávida pela primeira vez.
Proeminência cefálica	A parte da frente da cabeça.
Profilático	Que previne a doença.
Promontório do sacro	Parte da primeira vértebra do sacro que se projecta para dentro do estreito pélvico superior.
Prostrado	Meio a dormir, sonolento. Pouco reactivo.
Proteinúria	Presença de proteínas na urina. As causas são a contaminação por corrimento vaginal, infecção ou pré-eclâmpsia. Deve ser sempre investigada dado que se for devida a pré-eclâmpsia é um sinal grave. Se for causada por infecção é necessário o tratamento com antibióticos.
Puerpério	Período de 42 dias a seguir ao parto. O mesmo que período pós-parto.
Punção lombar	Procedimento em que é introduzido um cateter no espaço subaracnoideu entre a terceira e quarta vértebras lombares para obter uma amostra do líquido cefalorraquidiano para análise e medir a pressão do líquido. Pode também ser realizada para raqui-anestesia.

Punção venosa	Punção de uma veia de modo a obter uma amostra de sangue ou a administrar uma solução endovenosa.
Púrpura	Pequena hemorragia da pele.
Púrpura trombocitopénica idiopática	Condição de causa desconhecida caracterizada por diminuição das plaquetas levando a que o sangue não coagule normalmente.

R

Rácio de Mortalidade Materna	Rácio que estima o risco de morrer por causas associadas com a gravidez, parto e puerpério, em que o numerador é o número total de mulheres com mortes atribuídas à gravidez, parto e puerpério, e o denominador o número de nascidos-vivos ocorridos na população em estudo e no mesmo período de tempo que o denominador (geralmente um ano).
Raquitismo	Amolecimento dos ossos devido à deficiência de vitamina D durante a infância.
Reanimação	Recuperar a vida ou a consciência de uma pessoa que aparentemente está morta. Ressuscitar.
Reclinado	De costas com a cabeça e os ombros levantados.
Repugnante (cheiro)	Que cheira muito mal.
Retracção	Puxado para trás.
Retroplacentária	Atrás ou por baixo da placenta.
Reversível	Que volta ao normal.
Reversão	Mudança ou mudança na direcção oposta.
Rotação (da cabeça do feto)	O movimento da cabeça do feto à medida que este desce pelo canal de parto.
Rótula	Ossos situados na parte da frente do joelho e que forma a cápsula rotular.
Rotura	Rebentamento de uma estrutura, por exemplo, rotura do útero a seguir à PPTP.
Rotura do útero	Rebentamento ou laceração do útero devido à PPTP.
Rotura prolongada das membranas	Rotura das membranas por mais de 12 horas/18 horas independentemente do início ou não do parto.

S

Saco de Douglas	Ver: <i>Fundo de saco posterior, Fundos de saco vaginais.</i>
Saco fetal	Um saco de membranas que envolve o bebé, no útero – “Bolsa de águas”.

Saco uretro-vesical	Ver: <i>Fundo de sacco anterior, Fundos de sacco vaginais</i>
Sacro	Parte mais inferior da coluna vertebral, formada por cinco vértebras sagradas.
Saneamento	Estabelecimento de condições favoráveis à saúde. Inclui a eliminação segura das fezes usando latrinas adequadas de modo a evitar a transmissão de doenças.
Segmento	Secção ou parte de algo.
Septicemia	Presença e multiplicação no sangue de bactérias nocivas que causa febre elevada e arrepios. Quando não tratada a septicemia pode levar a choque e morte.
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
Sincipúcio	Parte superior da cabeça. Termo equivalente: <i>sinciput</i> .
Sinciput	Ver <i>Sincipúcio</i> .
Sinfisiotomia	Incisão cirúrgica na sínfise púbica para aumentar o diâmetro pélvico inferior quando há desproporção cefalo-pélvica. É um procedimento de emergência alternativo quando não há condições para a realização segura de cesariana.
Sínfise púbica	Área cartilaginosa onde se juntam os dois ossos pélvicos, situada na parte da frente da pélvis.
Sinusite	Infecção das cavidades dos ossos cranianos de cada um dos lados do nariz e acima dos olhos.
Sépsis puerperal	Infecção do tracto genital que se desenvolve a qualquer altura entre a rotura das membranas ou parto e o 42º dia após o nascimento ou aborto.
Sobrecarga circulatória	Sobrecarga da circulação. Pode ocorrer em casos de administração excessiva de líquidos endovenosos. Conduz a problemas respiratórios, devido à acumulação de líquidos nos pulmões, e a falência cardíaca.
Soro fisiológico	Solução de 0,9% de cloreto de sódio (sal) que pode ser administrada por via endovenosa.
Subinvolução (do útero)	O útero não reduz o tamanho normalmente (involui lentamente), no pós-parto imediato.
Sulco nadegueiro	Linha de clivagem entre as nádegas na qual se encontra o ânus.
Sutura sagital	Linha membranosa entre os ossos da cabeça do feto que vai da fontanela posterior à fontanela anterior.
Status	Posição social, importância relativa de uma pessoa.
T	
Tala	Tira de material rijo (como, por exemplo, madeira) utilizada para imobilizar uma parte móvel do corpo.

Taxa de Mortalidade Materna	Taxa que estima o risco de morte materna utilizando como numerador as mortes maternas atribuídas à gravidez e/ou puerpério e como denominador o número total de mulheres expostas a estes riscos. Como é impossível conhecer exactamente o número total de mulheres expostas a estes riscos, recorre-se ao <i>rácio de mortalidade materna</i> .
Tétano	Doença causada por microrganismos que se encontram no solo e pó e que é espalhada pelas fezes animais e humanas. Os microrganismos entram no corpo através de uma solução de continuidade na pele e provocam um estado grave de espasmos musculares e convulsões que conduzem à morte. Dado que a rigidez do maxilar é, frequentemente o primeiro sinal, é também conhecido por trismo. Esta doença grave pode ser prevenida através da imunização adequada com o toxóide tetânico.
Testículos	Duas glândulas do escroto que produzem os espermatozóides e as hormonas sexuais masculinas.
Tipagem	Determinação do grupo sanguíneo (A, B, O, AB, Rh).
Tórax	Peito.
Trabalho de parto falso	Contracções uterinas dolorosas não acompanhadas de apagamento do colo do útero ou dilatação. São, habitualmente irregulares e cessam, espontaneamente, ao fim de algumas horas.
Tracto genital	O percurso formado pelos órgãos genitais, incluindo o útero, colo do útero, vagina e vulva.
Transfusão feto-materna	Passagem de sangue fetal para a circulação sanguínea materna, através da placenta.
Tratamento profilático com antibiótico	Administração de antibióticos para prevenir a infecção.
Trauma	Agressão. Lesão produzida localmente por uma acção violenta exterior.
Traumático	Devido a agressão. Relativo a um trauma ou a um traumatismo.
Tremores	Contracções involuntárias, pequenas e repentinas.
Tromboflebite	Inflamação de uma veia superficial, acompanhada pela formação de um coágulo. Nestes casos, o coágulo raramente se separa da parede da veia pelo que o risco de embolismo é pequeno.
Trombose	Formação de um coágulo de sangue. Ocorre em veias profundas e se houver destacamento do coágulo da parede do vaso, há um risco sério de embolismo e morte.
Trombose venosa profunda	Formação de um trombo (coágulo) numa veia profunda (mais frequente na perna ou pélvis). Causa dor e edema ao andar. Se o coágulo se destaca da parede da veia pode ser levada, pela corrente sanguínea para o coração ou pulmões causando colapso e, caso a reanimação imediata não seja feita com sucesso, morte.
Transitório	Temporário, que não dura muito tempo.

Tuberosidade Isquiática Ver Espinhas Isquiáticas.
Tumor Crescimento de tecido novo que pode ser benigno ou canceroso.

U

Ultra-som Som em frequências superiores ao limite normal de audição utilizadas em obstetrícia (e noutros ramos da medicina) na ecografia (ultra sonografia). É utilizado para avaliar a maturidade e tamanho do feto, localizar o sítio da placenta, diagnosticar anomalias fetais e tumores pélvicos.

Úmero Osso que vai do ombro ao cotovelo.

Uremia Excesso de ureia no sangue. Normalmente revela falência renal.

Útero em involução Útero que regressa ao tamanho normal após o parto.

V

Valor preditivo Os valores preditivos de alguns factores de risco são baixos. Isto quer dizer que a probabilidade de a doença ou enfermidade estar presente quando o factor de risco está presente, é baixa.

Veia cubital média Veia situada na linha média da fossa cubital.

Veias varicosas Veias anormalmente tortuosas e distendidas. Se se tornarem dolorosas durante a gravidez, a mulher deve ser aconselhada a usar meias de suporte (que devem ser calçadas antes desta se levantar de manhã) e a repousar com os membros inferiores elevados ao nível do coração. Termo equivalente: *varizes*.

Varizes Ver *Veias varicosas*.

Vértex Área da cabeça entre a fontanela anterior e posterior e as duas proeminências parietais (alto de cada lado da parte superior da cabeça). No parto normal, quando a cabeça está bem flectida, o vértex é a parte que se apresenta.

VIIH Vírus da Imunodeficiência Humana.

Vírus Pequeno agente infeccioso que cresce e se reproduz nas células vivas. As viroses podem atravessar a placenta e causar anomalias no feto, especialmente no primeiro trimestre.

Virilha Depressão na transição do abdómen e a coxa.

Virulento Que causa doença severa.

Vitaminas Nutrientes essenciais. As vitaminas A, todo o complexo B, C, D, E e K são essenciais à nutrição e à saúde. A sua deficiência causa uma série de problemas de saúde.

Vitamina D Vitamina necessária para o desenvolvimento normal do osso.

Z

Zona lombar Parte das costas entre o tórax e a pélvis.

ANEXO: DEFINIÇÕES E INFORMAÇÃO DE APOIO PARA REFERÊNCIA DE PROFESSORES E ALUNOS

DEFINIÇÕES E INFORMAÇÃO DE APOIO PARA REFERÊNCIA DE PROFESSORES E ALUNOS

Este anexo inclui definições e informação de apoio sobre:

- Hemorragia pós-parto
- Paragem na progressão do trabalho de parto
- Sépsis puerperal
- Eclâmpsia e pré-eclâmpsia
- Aborto

O anexo também inclui quadros que resumem o que as parteiras devem saber e fazer de modo a prevenir que as mulheres morram das complicações referidas anteriormente.

Aborto:	Morte ou expulsão do feto espontânea ou induzida antes da 22ª à 28ª semana de gestação, dependendo da legislação do país.
Aborto espontâneo:	Ocorre por um processo natural e pode ser ameaça, inevitável, completo ou incompleto na 22ª à 28ª semana.
Ameaça de aborto:	Presume-se que ocorre quando há hemorragia vaginal numa mulher grávida nas primeiras 28 semanas de gravidez. Se for feito um exame gentil com espéculo após o fim da hemorragia o ostício cervical está fechado. Pode haver lombalgias e dor abdominal ligeira mas as membranas permanecem intactas.
Aborto inevitável:	Significa que é impossível a prossecução da gravidez. Normalmente há hemorragia vaginal grave porque houve descolamento de uma grande área da placenta da parede uterina. Há dor abdominal severa que segue os padrões das contrações uterinas durante o parto (intermitente). O colo do útero dilata-se e ou as membranas se rompem ou o saco fetal é expelido completo.
Aborto completo:	Significa que todos os produtos da concepção – embrião/ feto, placenta e membranas – são expulsos. É mais provável que ocorra nas primeiras 8 semanas de gestação.
Aborto incompleto:	Significa que, apesar do feto ter sido expulso, parte ou toda a placenta ficou retida. Há hemorragia grave embora a dor possa parar. O colo do útero está parcialmente fechado. É mais provável que aconteça no segundo trimestre de gravidez.
Aborto induzido:	Ocorre em resultado de interferência médica, cirúrgica ou do uso de preparações de ervas ou outras práticas tradicionais que provocam a expulsão total ou parcial dos conteúdos do útero. O aborto induzido pode ser legal ou ilegal.
Aborto legal:	É executado por um profissional médico, aprovado pela lei do país, que termina a gravidez pelas razões previstas na lei. Podem existir regulamentos para que tal procedimento seja executado da forma aprovada e nos locais ou instituições aprovadas. Deve estar familiarizado com a lei do seu país no que diz respeito ao aborto. Em alguns países o aborto é ilegal independentemente da razão ou situação.
Aborto ilegal:	Significa que o aborto é feito por qualquer pessoa que não está autorizada a fazê-lo pela lei do país. Existe um elevado risco de sépsis e/ ou hemorragia assim como de outros traumatismos.
Aborto séptico:	Pode ocorrer a seguir a qualquer tipo de aborto mas é mais comum a seguir ao aborto ilegal e ao incompleto. A infecção ocorre, em primeiro lugar, no útero mas pode-se espalhar rapidamente às trompas de falópio, órgãos pélvicos e peritoneu e causa septicemia se não for tratado prontamente. Há febre, pulso acelerado, cefaleias, dor abdominal inferior e lóquios profusos e fétidos. <i>Outros tipos de aborto:</i>
Aborto habitual ou recorrente:	Quando uma mulher tem duas ou mais gravidezes consecutivas que terminam em aborto. Pode estar associado com um colo do útero incompetente ou com doença geral ou pélvica. A causa pode ser traumatismo anterior do colo do útero. Muitas vezes a causa é desconhecida.
Aborto retido:	Descreve uma gravidez em que o feto morreu mas os tecidos fetais e a placenta ficaram retidos no útero. A dor abdominal e a hemorragia vaginal param e os sinais de gravidez desaparecem. A mulher pode ter um corrimento vaginal acastanhado. Se os tecidos mortos ficarem retidos no útero mais do que 6-8 semanas há risco de a mulher desenvolver distúrbios da coagulação que irão resultar em problemas hemorrágicos graves.

Por vezes um aborto é retido com o feto e a placenta rodeados por sangue coagulado dentro da decídua capsular. Ocorre normalmente no primeiro trimestre. Se esta retenção se prolongar por vários meses, o fluído é absorvido e a massa rijá que permanece é denominada de mola carnuda. O feto ainda pode ser encontrado no centro desta massa através de exame histológico.

Eclâmpsia e Pré-eclâmpsia

Eclâmpsia

É uma complicação muito grave da gravidez e caracteriza-se por convulsões e coma. Pode ser precedida por sinais de pré-eclâmpsia ou o início pode ser rápido e repentino. Os ataques eclâmpicos podem ocorrer na gravidez, parto ou logo após o parto. Os ataques eclâmpicos são semelhantes aos epiléticos.

Pré- eclâmpsia

Caracteriza-se por hipertensão, edema e proteinúria que ocorrem, habitualmente, após a 26ª semana de gravidez. Classifica-se em moderada e grave mas a parteira deve estar sempre ciente que o estado pode evoluir para eclâmpsia (ver anterior). A pré-eclâmpsia pode ser diagnosticada através de achado de tensão arterial diastólica elevada ou quaisquer 2 dos 3 sinais descritos. Na pré-eclâmpsia grave pode haver um ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia forte, visão turva, náuseas e dor abdominal. Pode-se suspeitar do estado por presença de edema oculto reconhecível por aumento marcado no peso, especialmente se acompanhado de atraso no crescimento intra-uterino. A causa é desconhecida.

Os outros termos usados incluem: hipertensão induzida pela gravidez e toxémia pré-eclâmpica (embora este termo esteja ultrapassado).

Paragem na progressão do trabalho de parto (PPTP)

Refere-se à situação em que a descida da parte que se apresenta pára durante o trabalho de parto. Tal ocorre independentemente das fortes contracções uterinas e não há progressão sem assistência. A paragem normalmente ocorre no estreito pélvico inferior mas também pode ocorrer na cavidade ou estreito pélvico superior. A PPTP deve-se a factores mecânicos que podem ser antecipados, tais como desproporção cefalo-pélvica que pode resultar de problemas como malnutrição, crescimento exagerado ou gravidez numa adolescente muito nova. A não ser que seja tratado urgente e correctamente a PPTP irá resultar em rotura uterina que acarreta um risco elevado de morte materna e fetal.

Hemorragia pós-parto (HPP)

É definida como hemorragia excessiva do tracto genital após o nascimento do bebé, ou um aborto, e nas 6 semanas seguintes. A HPP primária refere-se à hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto e a secundária à hemorragia entre as 24 horas após o parto e as 6 semanas.

A quantidade de sangue perdida é descrita como uma HPP igual ou superior a 500 ml, ou em qualquer quantidade que cause deterioração do estado da mulher. Deve ser tido em conta que uma perda inferior irá afectar adversamente o estado de uma mulher já de si anémica.

A HPP pode ser atónica, devido à incapacidade do músculo uterino em contrair e comprimir, normalmente, os vasos sanguíneos. Tal pode acontecer facilmente quando o útero esteve distendido o que acontece na grande multiparidade, gravidez gemelar ou hidrâmnio. Está também associada com a retenção de produtos, parto prolongado, parto precipitado, placenta abrupta, placenta prévia e anestesia geral. A bexiga cheia e o tratamento incorrecto da terceira etapa do trabalho de parto também podem causar hemorragia. Assim, é necessário tratamento urgente e competente para salvar a vida de uma mulher com HPP.

A HPP pode ser traumática devido a lesão do tracto genital. Inclui: útero, colo do útero, paredes vaginais ou genitais externos incluindo feridas de episiotomia.

Sépsis puerperal

Refere-se à infecção do tracto genital em qualquer altura entre a rotura das membranas ou parto e o 42º dia após o parto ou aborto. Pode estar localizada no períneo, vagina, colo do útero ou útero mas pode-se espalhar rapidamente causando parametrite, peritonite, atingir os vasos linfáticos, entrar na circulação e conduzir a septicemia. Pode ser ainda complicada por choque séptico e coagulação intravascular disseminada que origina problemas hemorrágicos.

Os organismos causadores incluem streptococcus, staphiloccos, *Escherichia coli*, *Clostridium tetani* ou *welchii*. Normalmente a mulher tem febre o que pode não acontecer em infecções por clostridium. O útero ficadolorido, os lóquios são fétidos e as lacerações ou sutura podem drenar pús. Uma mulher anémica, mal nutrida, que teve um parto prolongado, tem lacerações extensas, não está imunizada contra o tétano, tem um estado de higiene baixo ou que foi sujeita a práticas tradicionais que possam ter introduzido organismos na vagina está em maior risco de sépsis puerperal. A sépsis puerperal pode ser fatal rapidamente.

PREVENIR A HEMORRAGIA PÓS-PARTO (HPP)

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM SABER

- A HPP é a principal causa de morte materna e representado por uma extensa proporção (25%) nos países em desenvolvimento.
- A HPP é definida como a perda, pelo tracto genital de 500 ml ou mais de sangue após o parto.
- As mulheres com anemia, parto prolongado, eclâmpsia, hemorragia pré-parto ou sépsis intraparto podem tolerar mal uma perda de sangue inferior a 500 ml.
- A HPP primária refere-se à ocorrência de hemorragia nas 24 horas a seguir ao parto.
- A HPP secundária inclui todas os casos de HPP que ocorrem entre as 24 e as 6 semanas após o parto.
- A retenção da placenta descreve a situação em que a placenta não foi expulsa no espaço de uma hora a seguir ao nascimento do bebé.
- As causas mais comuns de HPP primária são retenção da placenta (ou de fragmentos de tecido placentário) e atonia uterina seguida de lacerações vaginais ou do colo uterino e episiotomia.
- As causas de HPP secundária incluem retenção de tecido placentário e descamação de tecido necrosado a seguir a PPTP.
- Os principais factores de risco de HPP incluem: história anterior de complicações da terceira etapa do trabalho de parto, cesariana anterior, gravidez múltipla, primípara, paridade elevada, anemia, intervenção obstétrica, parto prolongado, PPTP, parto induzido, parto precipitado, placenta prévia, placenta abrupta.
- Dado o curto intervalo entre o início da HPP e a morte, o acesso rápido às instituições de saúde é crucial para a prevenção da morte materna por HPP.
- A mortalidade materna por HPP é maior entre as mulheres com baixo estatuto socio-económico devido à baixa utilização dos serviços de saúde e pouco conhecimento acerca dos factores de risco associados com a HPP.
- As crenças tradicionais e as práticas respeitantes à perda de sangue após o parto e o tratamento da terceira etapa do trabalho de parto podem influenciar a ocorrência de HPP.

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM FAZER

- Estimar correctamente a quantidade de sangue perdida pelo tracto genital a seguir ao parto.
- Tratar correctamente a terceira etapa do trabalho de parto.
- Remover a placenta manualmente em mulheres com retenção da placenta.
- Em casos de HPP, realizar compressão bimanual do útero, administrar um ocitócico e iniciar as medidas de reanimação adequadas usando sangue ou expansores do plasma.
- Reconhecer e seguir mulheres grávidas em risco de HPP.
- Prevenir, diagnosticar e tratar a anemia.
- Preparar planos de urgência com as parteiras tradicionais/ auxiliares da aldeia para lidar com o aparecimento da HPP.
- Educar a comunidade acerca da gravidade da HPP, a necessidade de encaminhar rapidamente e os factores de risco que tornam a HPP mais provável.
- Prestar serviços de planeamento familiar às mulheres com elevado risco de HPP.
- Supervisionar as parteiras tradicionais, desencorajar as práticas tradicionais que aumentam o risco de HPP e educá-las acerca da necessidade de encaminhar rapidamente em caso de HPP.

PREVENIR A MORTE POR PARAGEM NA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO (PPTP)

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM SABER

- 8% de todas as mortes maternas devem-se a PPTP.
- Os dados de mortalidade por PPTP não são exaustivos porque muitas destas mortes são classificadas como sépsis, HPP, choque obstétrico ou rotura uterina.
- A PPTP causa, frequentemente, nas mulheres sobreviventes, fístulas vesico-vaginais (estado muito debilitante) assim como outras fístulas obstétricas.
- A PPTP pode resultar de desproporção cefalo-pélvica devido a contracção pélvica. Tal pode ser causado por um crescimento repentino por malnutrição e infecções não tratadas durante a infância e adolescência, por uma gravidez precoce enquanto a pélvis não está totalmente desenvolvida ou por osteomalacia ou raquitismo.
- A PPTP também pode ser causada por má apresentação ou por feto com anomalias.
- As causas culturais de PPTP incluem gravidez em idade precoce, crenças e práticas tradicionais no que diz respeito ao parto prolongado e que pode levar a atrasos na procura de ajuda médica.
- Os factores dos serviços de saúde que afectam a mortalidade materna por PPTP incluem a área de cobertura dos cuidados maternos, acessibilidade às instituições de saúde, uso do partograma pelo pessoal e disponibilidade de sangue para transfusão.

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM FAZER

- Assegurar que todas as mulheres em risco de PPTP são inscritas para realização do parto num serviço de saúde adequado, com recursos de cirurgia e transfusão sanguínea; por exemplo adolescentes, história obstétrica com complicações, raquitismo, osteomalacia, estatura muito baixa.
- Usar o partograma durante o parto.
- Participar no tratamento de urgência de uma mulher com PPTP.
- Educar as comunidades acerca dos perigos do parto prolongado e da necessidade de encaminhamento rápida.
- Educar as mulheres (e suas famílias) que fizeram uma cesariana por PPTP dos motivos da intervenção e sobre o que fazer da próxima vez.
- Prestar serviços de planeamento familiar às mulheres que fizeram um cesariana por PPTP.

PREVENIR A MORTE POR SÉPSIS PUERPERAL

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM SABER

- A sépsis puerperal é a segunda causa mais importante de morte materna sendo responsável por 15% de todas as mortes maternas nos países em desenvolvimento.
- A sépsis puerperal resulta quase sempre de intervenções realizadas durante o trabalho de parto e nascimento.
- Os costumes e crenças tradicionais, em algumas áreas, predisõem à sépsis puerperal.
- Os factores de risco que predisõem à sépsis puerperal são: rotura prematura das membranas e PPTP, anemia e malnutrição, falta de higiene durante o parto e pós-parto, inexistência de cuidados pré-natais, idade jovem (menor de 16 anos), parto em casa (especialmente em gravidezes de alto risco).
- Todos os factores de risco menos o primeiro estão relacionados com o baixo estatuto socio-económico.

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM FAZER

- Evitar interferências desnecessárias durante o parto ou exames vaginais muito frequentes.
- Manter assépsia rigorosa durante o parto e pós-parto.
- Prevenir PPTP e parto prolongado usando o partograma.
- Prevenir, diagnosticar e tratar a anemia.
- Imunizar as grávidas contra o tétano.
- Detectar precocemente sinais de sépsis tais como elevação da temperatura e dores abdominais fortes pós-parto.
- Ensinar às mulheres, aquando da alta, os sinais de infecção e quando devem procurar ajuda profissional.
- Tratar as mulheres com os antibióticos adequados em caso de rotura prolongada das membranas, parto prolongado e aos primeiros sinais de infecção.
- Supervisionar as parteiras tradicionais e/ou dar feedback acerca das referências para melhorar a prática das parteiras tradicionais.
- Prestar serviços de planeamento familiar às mulheres com elevado risco de infecção puerperal.

PREVENIR A MORTE POR ECLÂMPسيا

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM SABER

- A eclâmpسيا e a pré-eclâmpسيا são as causas obstétricas mais importantes de morte materna no mundo ocidental.
- Na maior parte dos países em desenvolvimento estas condições ocupam o terceiro lugar das causas de morte materna, sendo responsáveis por 12% de todas as mortes maternas.
- As parteiras devem conhecer a prevalência destas condições na sua área, uma vez que pode variar de região para região.
- A eclâmpسيا ocorre, com maior frequência, no período pré-parto, seguindo-se o período intra-parto e o pós-parto. Deste modo, os cuidados pré-natais e o aconselhamento são importantes para prevenir as mortes maternas por eclâmpسيا.
- Os factores de risco que tornam a pré-eclâmpسيا e a eclâmpسيا mais prováveis são: gravidez na adolescência, gravidez gemelar, diabetes, mola hidatiforme, hipertensão pré-existente, hidrâmnio, história de gravidez anterior, história familiar, estatuto socio-económico baixo e falta de cuidados pré-natais.
- As parteiras devem conhecer o papel importante dos cuidados pré-natais na detecção precoce e tratamento da pré-eclâmpسيا que, na maior parte das vezes, pode evitar a progressão para eclâmpسيا.
- O diagnóstico diferencial de eclâmpسيا inclui epilepsia idiopática, malária cerebral, meningite pneumocócica, infecções graves, hemorragia sub-aracnoideia ou cerebral, tumor cerebral e uremia por outra causa.
- O fim da gravidez é a única forma de “cura” da pré-eclâmpسيا. No entanto, em casos ligeiros pode ser controlada por tratamento conservador até o feto ser viável.
- As parteiras devem conhecer as crenças tradicionais que associadas a edemas, palidez e cefaleias e a influência que os curandeiros têm na comunidade.

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM FAZER

- Monitorizar a tensão arterial (registar-la o mais cedo possível para obter um nível basal) e verificar a presença de proteinúria em cada consulta pré-natal.
- Instituir ou participar nos tratamentos de urgência às mulheres com pré-eclâmpسيا grave e eclâmpسيا, isto é, anticonvulsivantes e antihipertensivos.
- Ensinar as famílias e comunidades os sinais e sintomas de pré-eclâmpسيا, a gravidade do estado e a necessidade de vigilância pré-natal da tensão arterial e da urina.
- Prestar serviços de planeamento familiar as mulheres que tiveram eclâmpسيا e pré-eclâmpسيا.

PREVENIR A MORTE POR ABORTO

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM SABER

- Os riscos do aborto inseguro são: morte materna (em alguns países da América Latina cerca de 50% das mortes maternas devem-se a aborto ilegal), complicações pós-aborto como sépsis e hemorragia e problemas reprodutivos de longa duração como a infertilidade.
- As parteiras devem saber que mulheres tem maior probabilidade de procurar um aborto nas suas áreas (por exemplo, adolescentes solteiras, mulheres com elevada paridade, mulheres pobres).
- As parteiras devem conhecer a expressão das gravidezes não desejadas nas suas áreas. Se todas as mulheres que afirmam não querer ter mais filhos realmente o fizessem um terço dos nascimentos na América Latina, ligeiramente mais do que um terço dos nascimentos na Ásia e menos de um sexto dos nascimentos em África não ocorreriam.
- A prevenção de gravidezes indesejadas irá reduzir significativamente a mortalidade materna e os custos do tratamento materno, dos serviços de aborto e do tratamento do aborto incompleto e do aborto séptico.
- A gravidez apresenta elevado risco para as mulheres que engravidam na adolescência, que são mais velhas e têm elevada paridade e as que têm partos com intervalos curtos. Estas mulheres, frequentemente, querem limitar o número de gravidezes. No entanto, os serviços de planeamento familiar apropriados para estes grupos não estão universalmente disponíveis e, em muitas sociedades, os programas familiares evitam atender adolescentes solteiras por causa das atitudes ambivalentes face à sexualidade dos adolescentes.

O QUE AS PARTEIRAS DEVEM FAZER

- Dar educação sobre o planeamento familiar e aborto, às mulheres, famílias e comunidades.
- Englobar no ensino durante os cuidados pré-natais, pós-natais e pós-aborto o espaçamento entre gravidezes.
- Prestar serviços de planeamento familiar a mulheres na comunidade ou encaminhar para os locais apropriados.
- Realizar ou participar em intervenções de urgência em casos de aborto incompleto ou aborto séptico.
- Participar em auditorias médicas ou inquéritos confidenciais para averiguar as circunstâncias em que ocorreram as mortes por aborto.

JOGO DIDÁTICO: SEGUINDO OS PASSOS DA D.^a X



-
Iliterada

-
Estatuto da mulher
muito baixo

-
Está abaixo da linha de
pobreza

+
Tem um rendimento
regular

+
A família assegura-se
que está bem nutrida

+
A família alivia-a do
trabalho pesado

+
A dieta de todas as
raparigas da aldeia vai
ser revista para
aumentar o estado de
nutrição antes da idade
fértil

+
Os líderes comunitários
decidem aumentar a
idade do casamento

-
O estatuto depende da
capacidade de ter filhos

-
Sofre de malnutrição

-
Está abaixo da linha de
pobreza

-
As suas necessidades
são as menos
consideradas e
importantes



-
A sua dieta é deficiente
em proteínas

-
Precisa de várias
crianças para a
apoiarem na velhice

-
Analfabeta

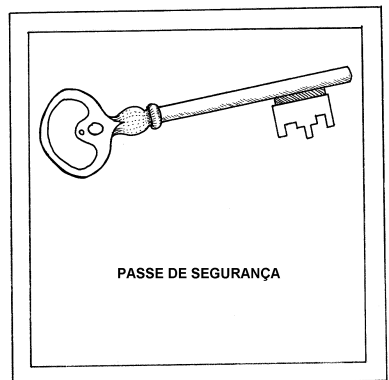
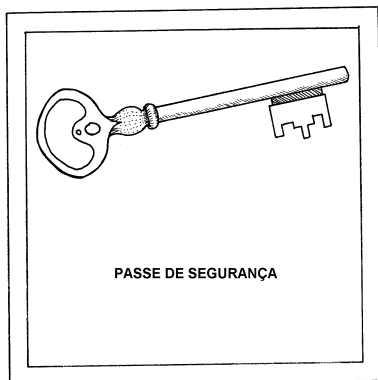
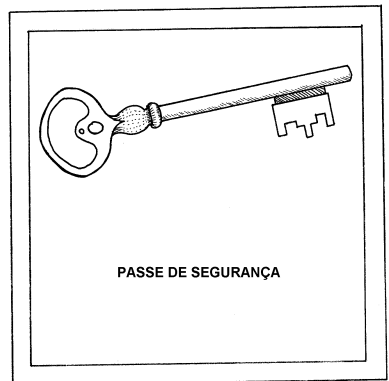
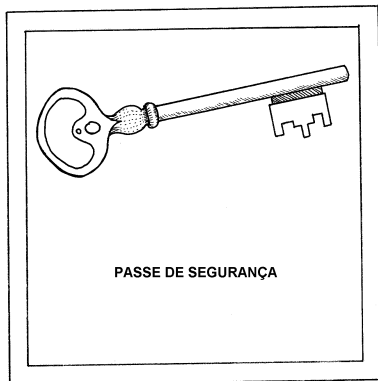
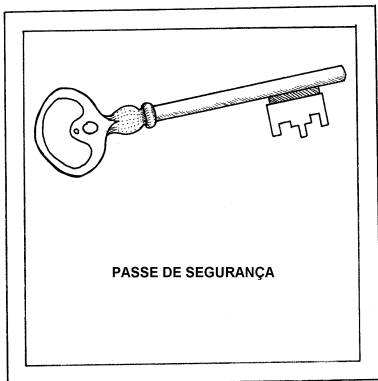
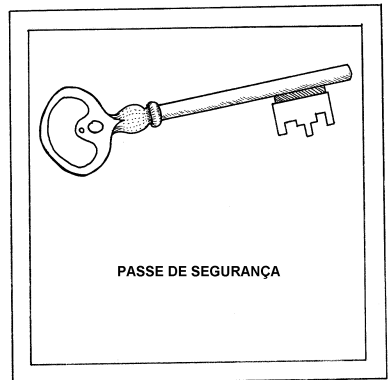
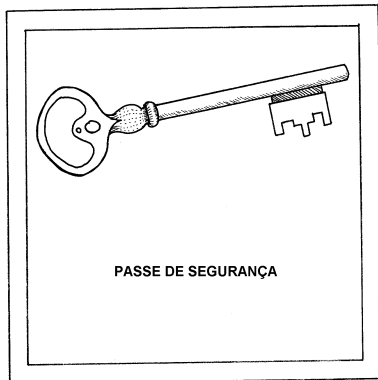
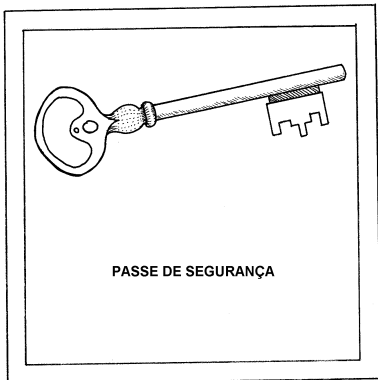
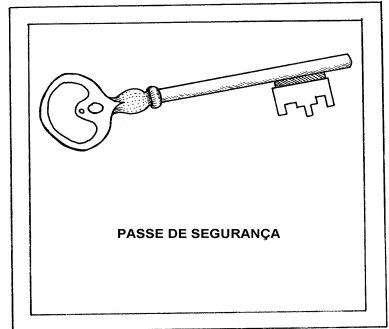
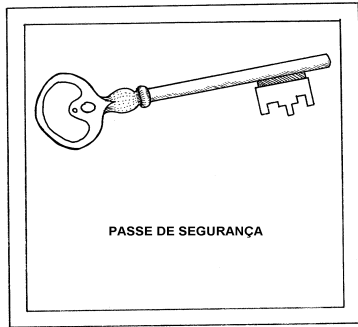
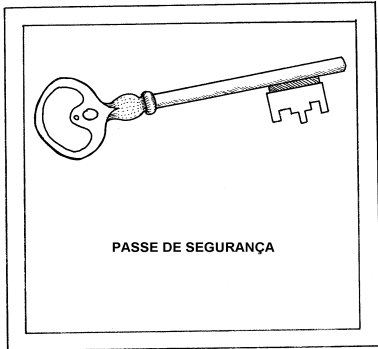
+
Decidiu, juntamente
com o seu marido,
limitar o tamanho da
família

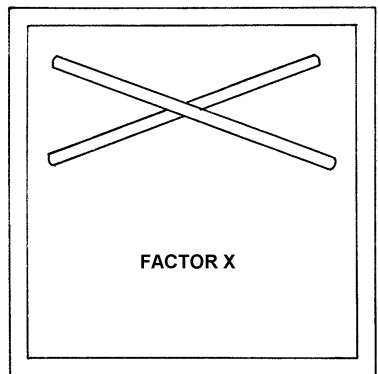
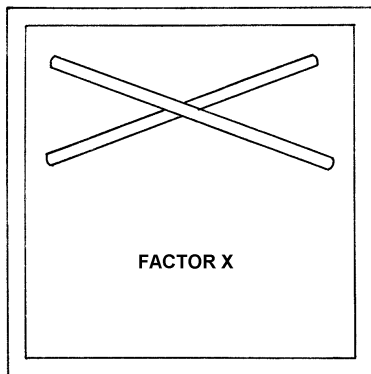
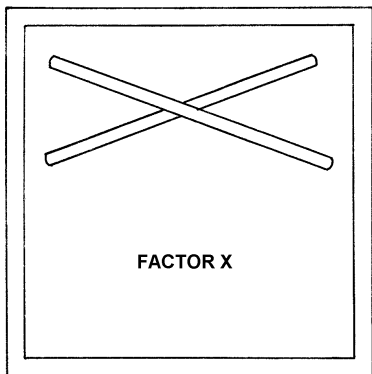
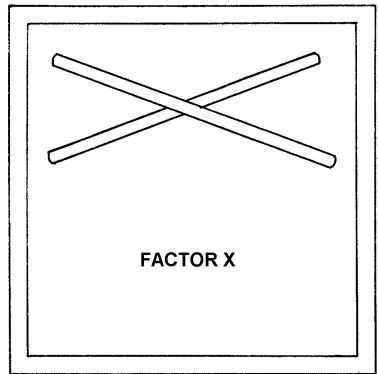
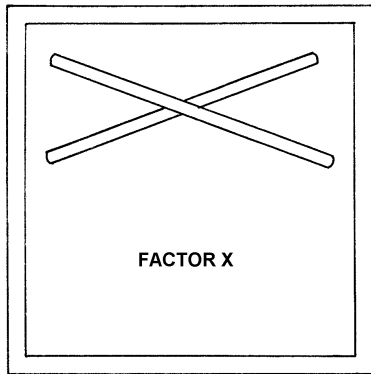
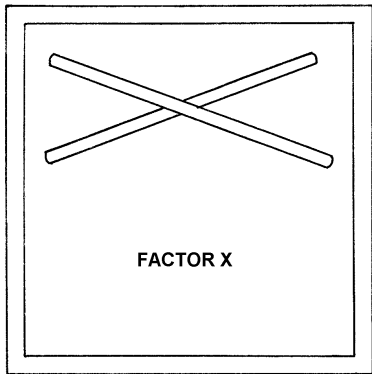
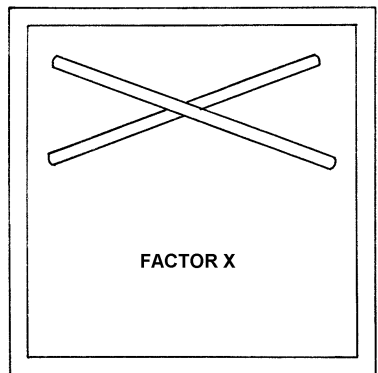
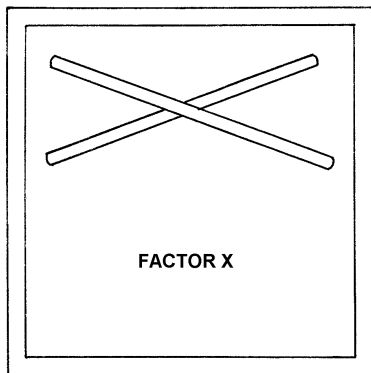
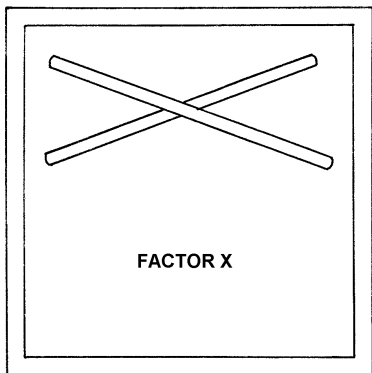
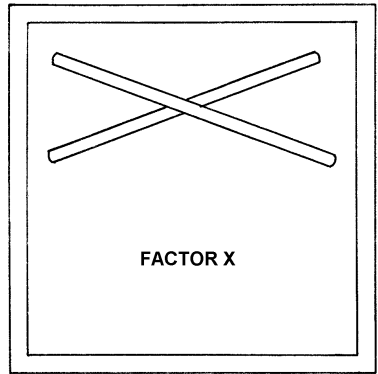
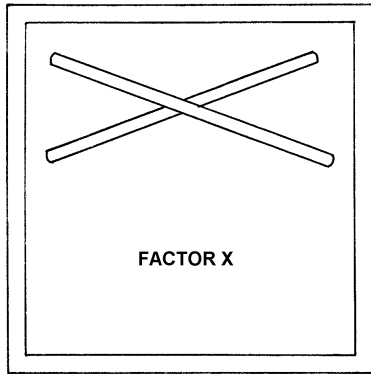
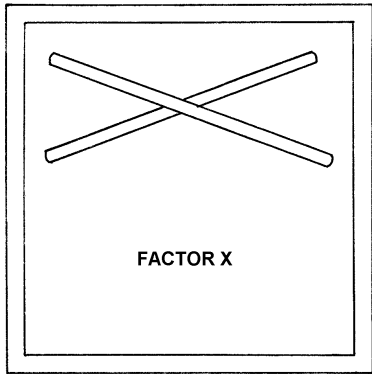
+
Na sua aldeia começou
um projecto de
alimentação saudável

+
Pode frequentar aulas
de alfabetização

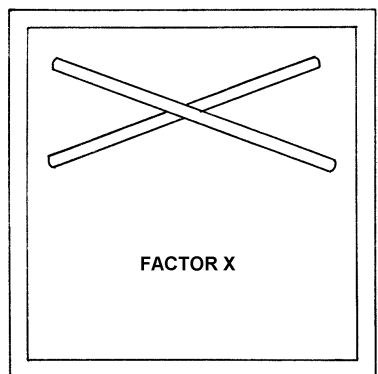
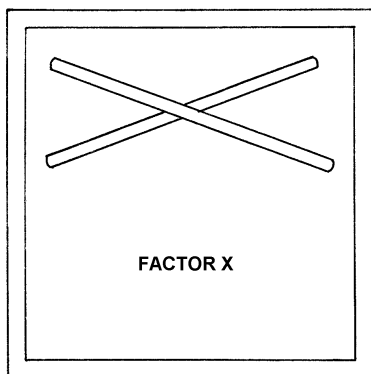
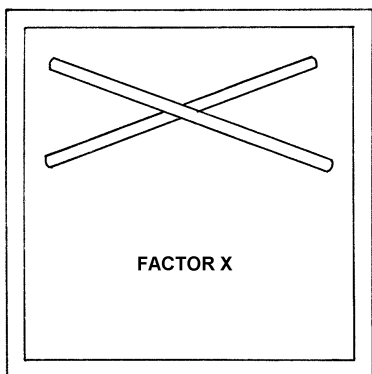
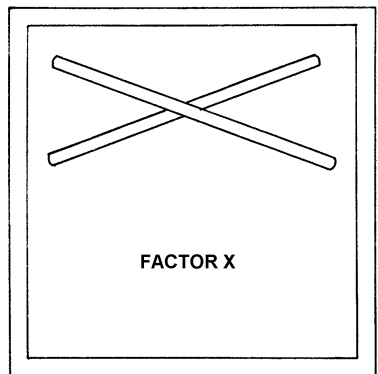
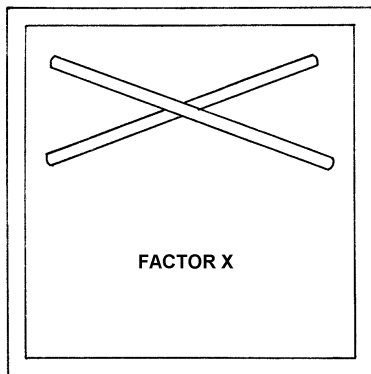
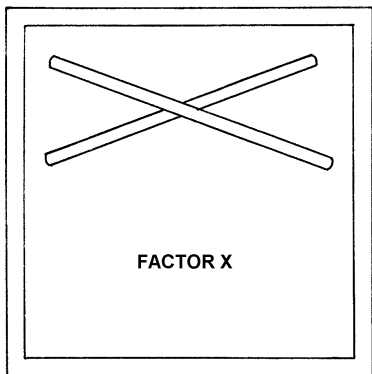
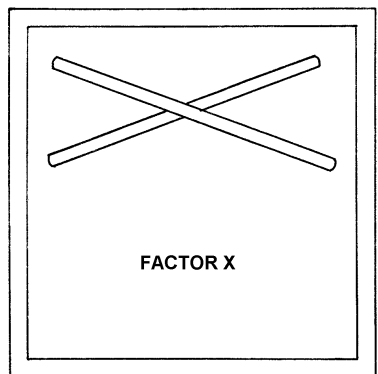
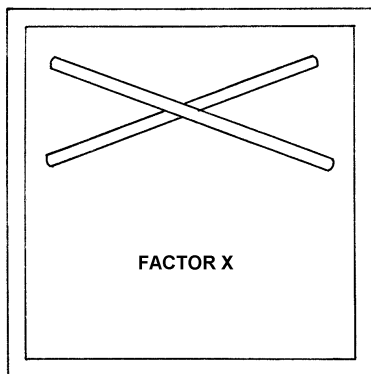
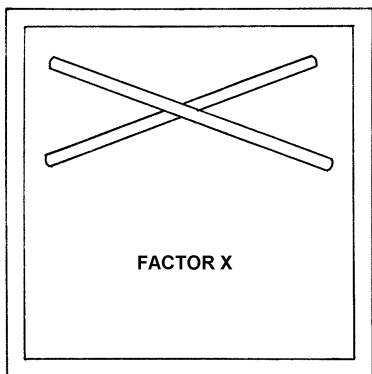
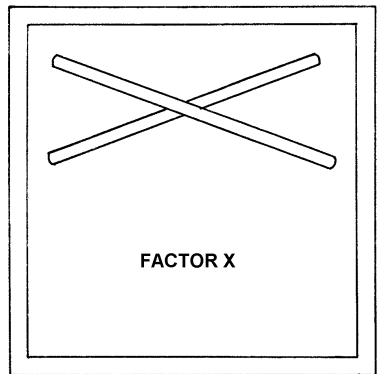
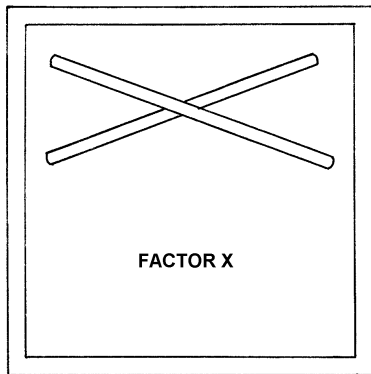
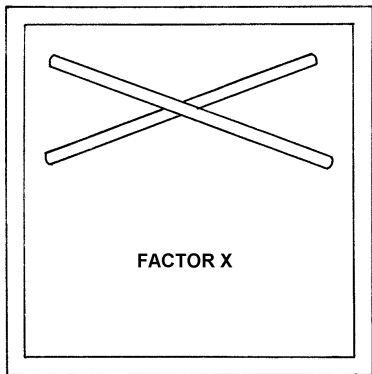
+
Malnutrição corrigida

+
O seu marido pôde
ganhar algum dinheiro





+	+	+
Recebeu uma injeção anti-tétano	Pode chamar ajuda competente	Parteira tradicional bem treinada e referencia a mulher em elevado risco precocemente
+	+	+
Consegue ir para a casa de espera da maternidade	Risco elevado - encaminhada para o hospital	Elevada paridade/ idade avançada = RISCO ELEVADO (não se pode livrar desta carta)
-	+	-
Criança pequena morre de meningite: tem que faltar à consulta para ir ao funeral	Conhece os métodos de planeamento familiar	Sem cuidados pré-natais
-	-	-
Tem hepatite	A sua aldeia tem uma comissão de maternidade saudável	Sofre de malária



-
Parteira tradicional não consegue resolver a situação

-
É seropositiva

-
Cuidados maternos muito longe para ir a pé

+
Abre uma clínica de planeamento familiar na sua aldeia

-
Fez uma cesariana há 11 meses por PPTP

+
Ataque de desintéria tratado prontamente: a sua sogra aprendeu a terapia de rehidratação oral

-
Tem febre alta

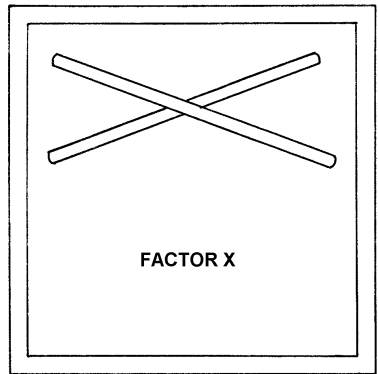
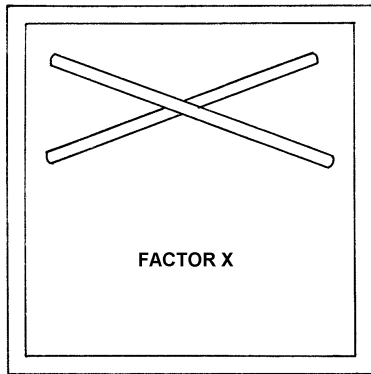
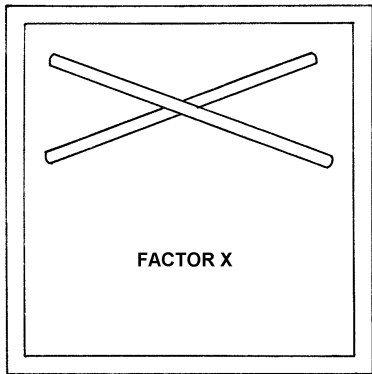
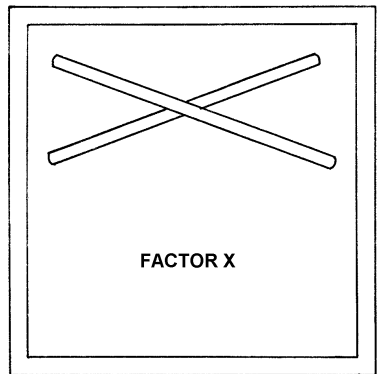
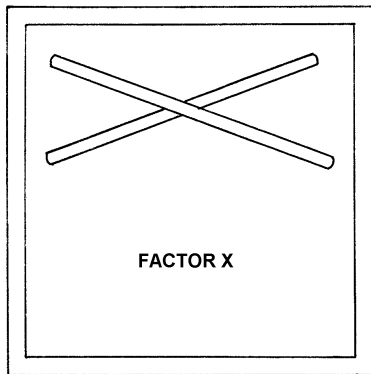
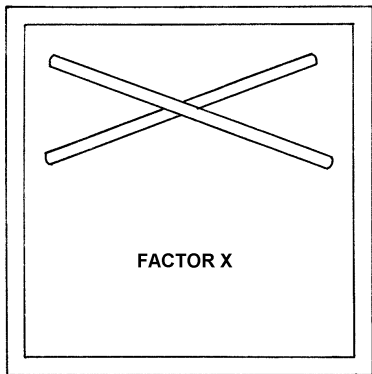
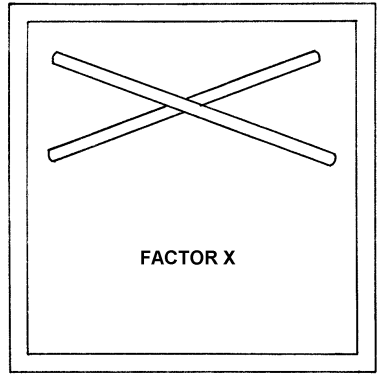
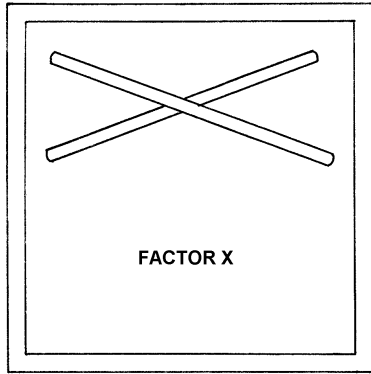
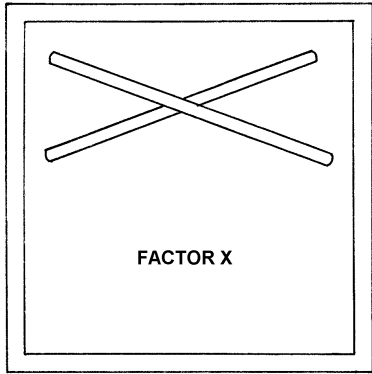
-
O maqueiro cai e fica ferido: tem de ir a pé

-
A avó morre: não pode ir à consulta

-
Tem uma anemia crónica por deficiência de ferro

-
O seu marido está ferido e precisa de cuidados: não pode ir à consulta

-
Cuidados maternos muito longe para ir a pé



-
Elevado risco não
referenciado

-
Recebeu cuidados pré-
natais regularmente

-
Anemia grave corrigida
antes do parto

+
Percebe a
necessidade de
cuidados pré-natais

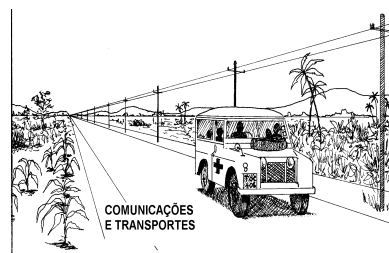
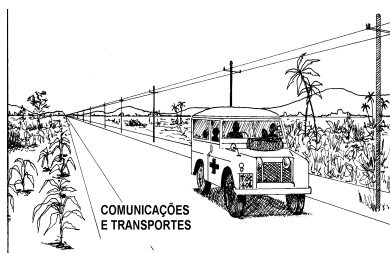
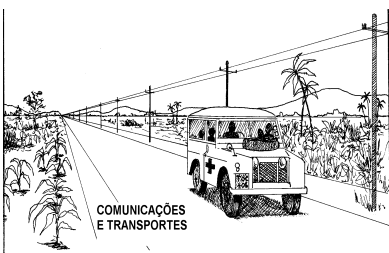
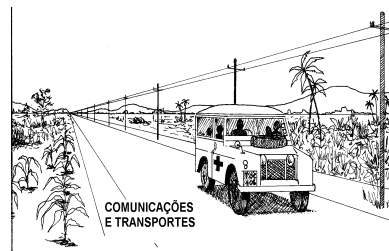
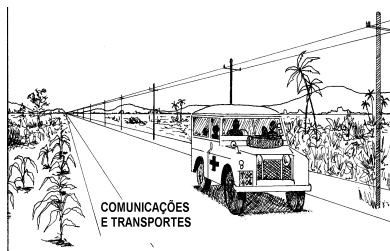
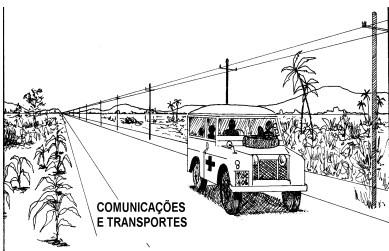
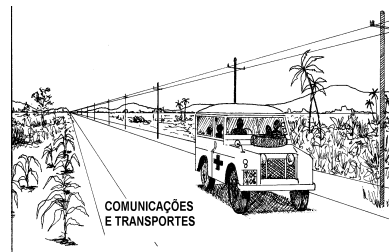
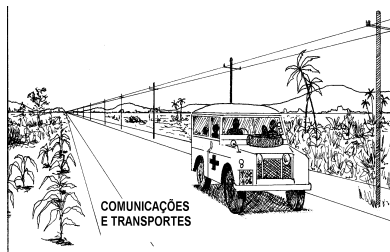
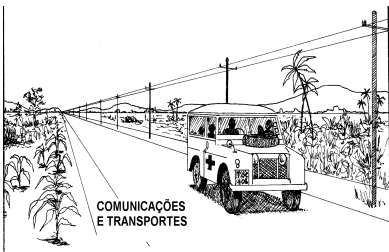
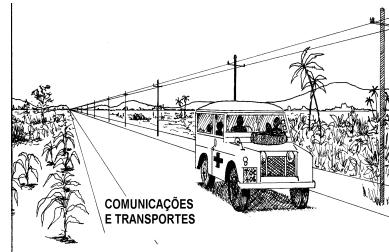
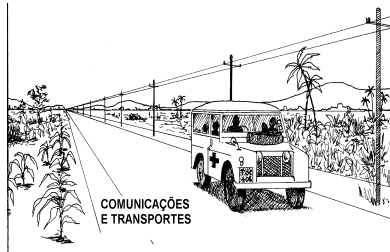
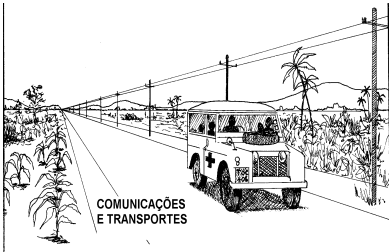
+
Casa de apoio à
maternidade
disponível

+
Complicação de
gravidez não
desejada: recebe
cuidados
prontamente

-
O seu filho tem
papeira: tem de faltar à
consulta para cuidar
dele

+
Tem um ataque agudo
de disenteria





-
Transporte não disponível

+
O tempo melhora: é possível a viagem

-
A ponte cedeu: tem que ir pelo caminho mais longe

-
Hospital distrital a 4 dias de viagem em terreno difícil

-
Todas as comunicações cortadas devido a condições meteorológicas

-
Revolta na cidade: não é seguro entrar - ATRASO

+
Ponte reparada, viagem possível

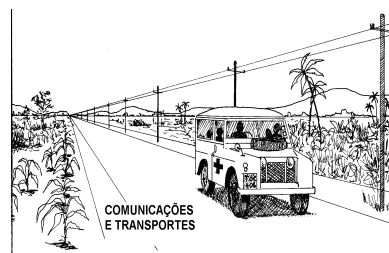
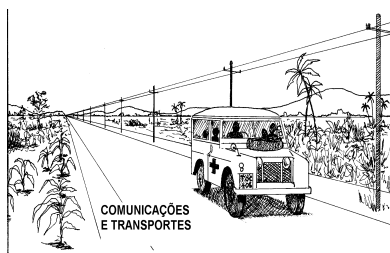
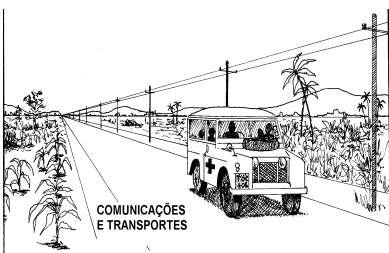
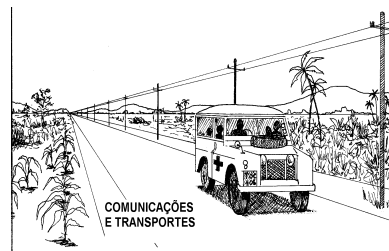
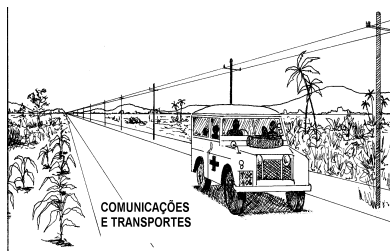
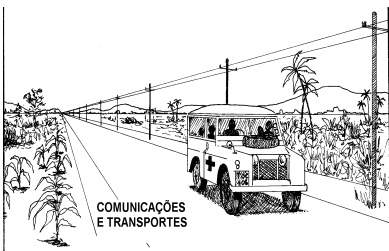
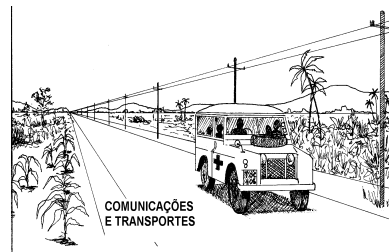
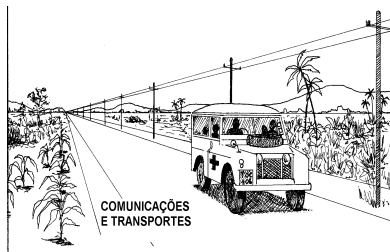
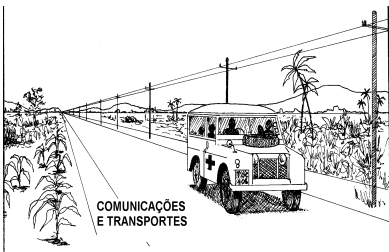
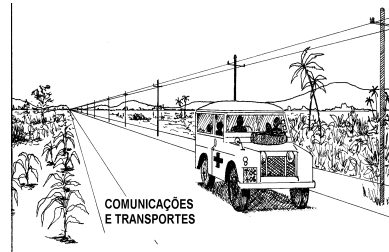
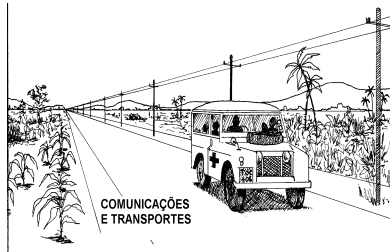
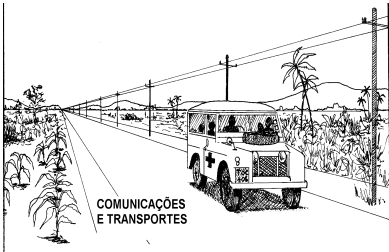
+
O motorista tem treino em mecânica: pode reparar avaria no veículo do hospital

+
Uma mensagem escrita chega ao hospital

-
Tempestade evita viagem

-
Mensagem pouco clara: ATRASO na obtenção de ajuda

-
Fogo na mata: viagem adiada



-

Furo nos pneus do veículo do hospital: não pode continuar a viajar

-

Avaria no veículo do hospital: não pode continuar a viajar

-

A mensagem não chega ao centro de saúde: atraso perigoso

+

O veículo do hospital tem um pneu sobresselente disponível

+

Introduzido sistema de comunicação por rádio

+

O tempo melhora: viagem possível

+

Bom sistema de comunicação disponível

+

Transporte para o hospital disponível

-

Mau tempo: estradas intransitáveis

-

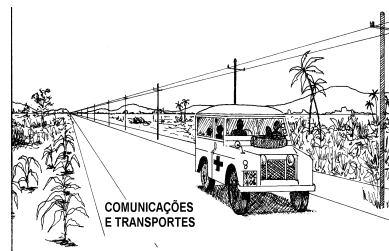
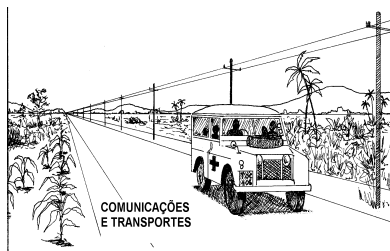
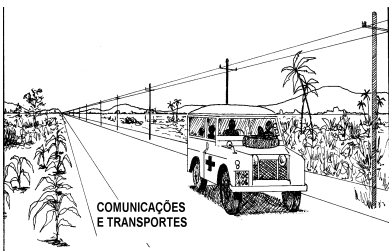
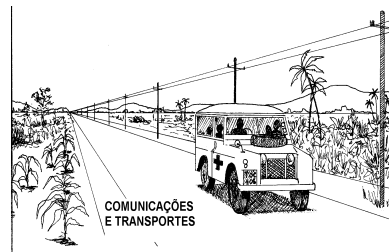
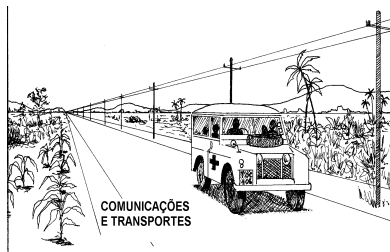
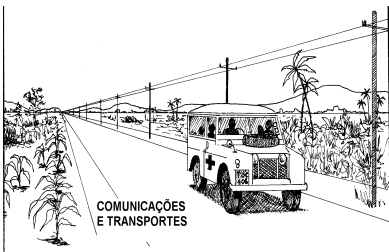
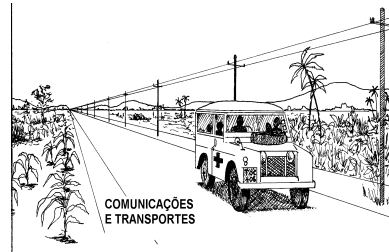
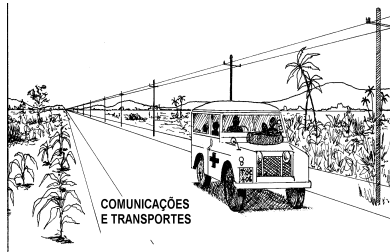
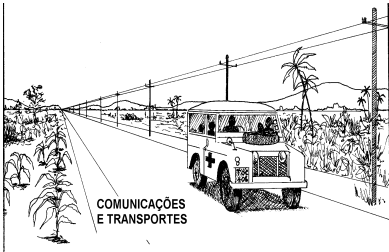
Cheias: não é possível viajar

-

Greve dos funcionários: não há motorista disponível para o veículo hospitalar

-

Engarrafamento à entrada da cidade:
ATRASO



-
Árvore a bloquear a
estrada: ATRASO

-
O mensageiro perde-se

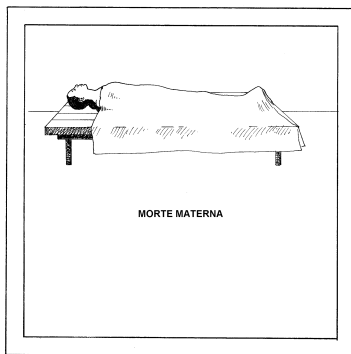
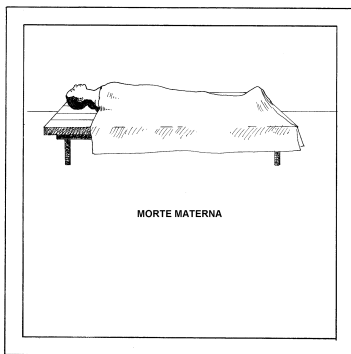
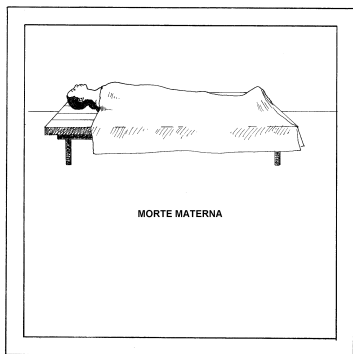
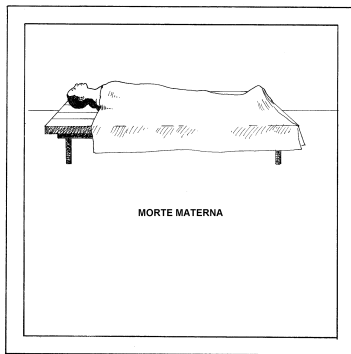
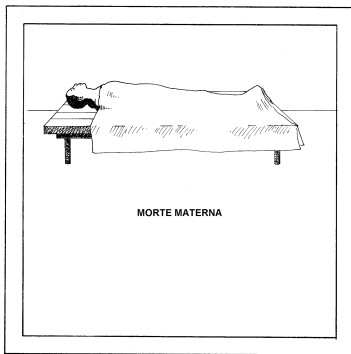
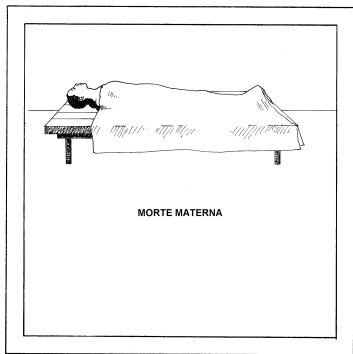
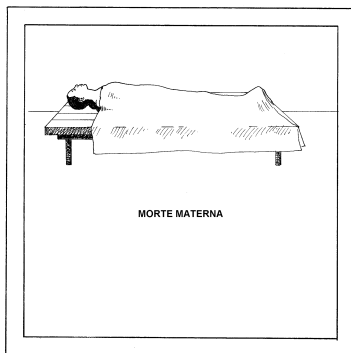
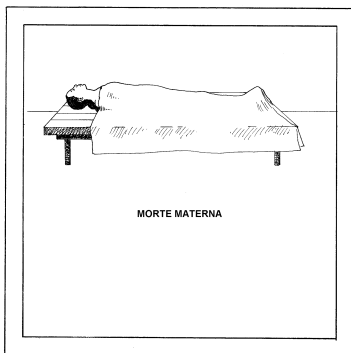
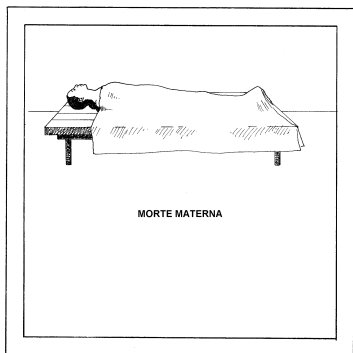
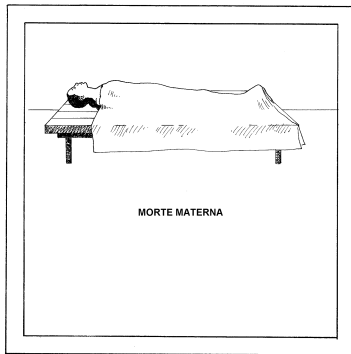
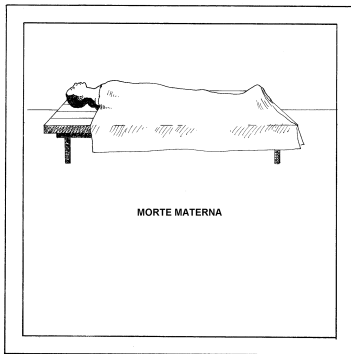
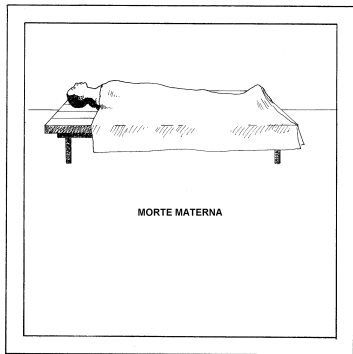
-
Não há animais
disponíveis para
puxarem a carroça para
o transporte

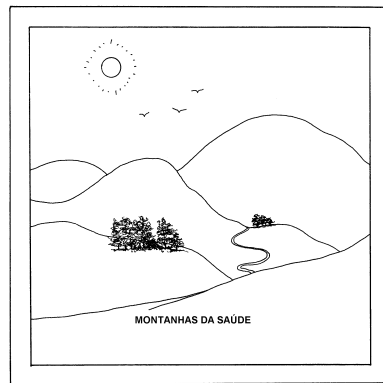
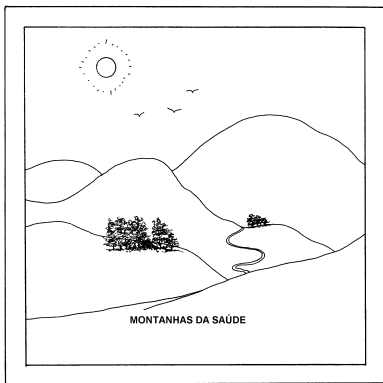
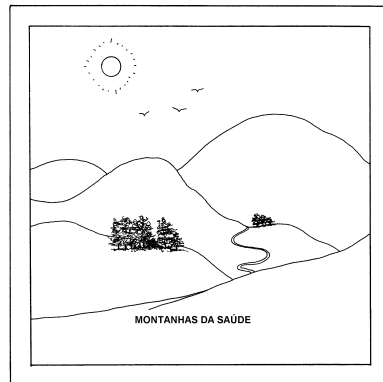
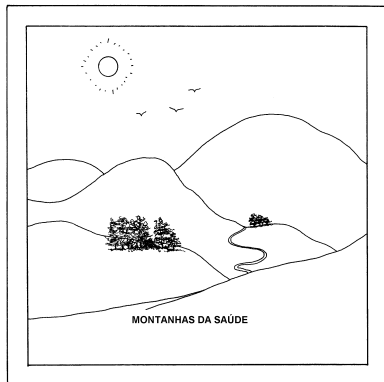
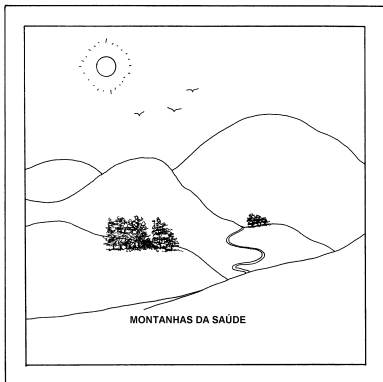
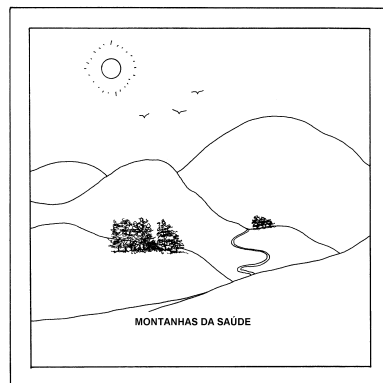
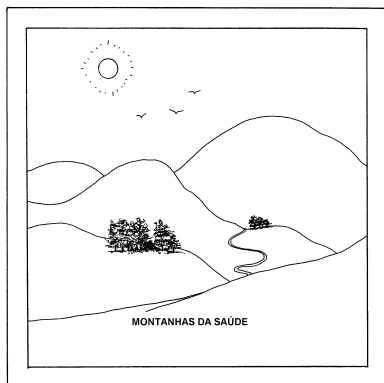
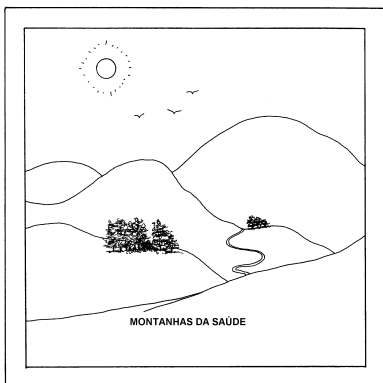
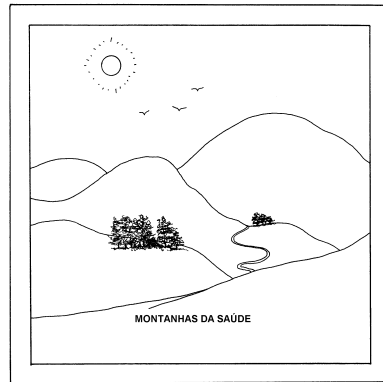
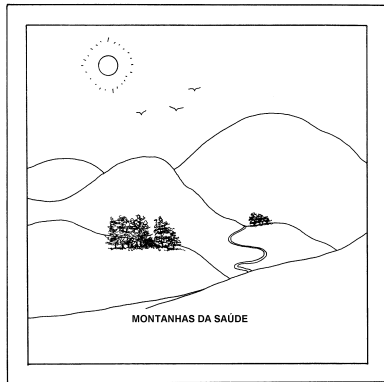
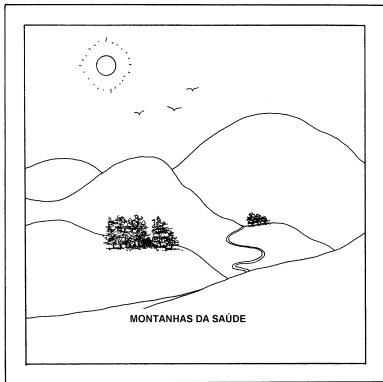
-
Não há motorista para
o veículo do hospital:
transporte indisponível

+
Mensagem clara chega
à parteira

-
Tempestade impede
viagem

+
O governo dá ao
hospital um novo
veículo





-
Não há antibióticos disponíveis

+
Cirurgia e transfusões de sangue disponíveis

+
O pessoal do centro de saúde interessa-se por si

+
Banco de sangue instalado no hospital distrital

+
O pessoal angaria fundos para comprar mais equipamento: mais vidas salvas

+
Serviços de planeamento familiar disponíveis

+
O pessoal do centro de saúde interessa-se por si

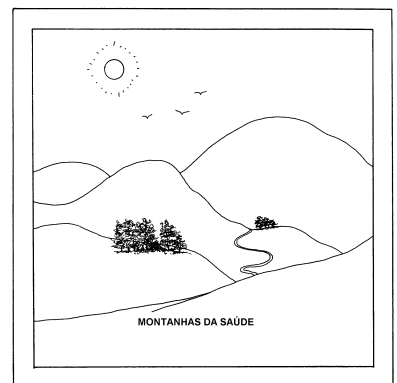
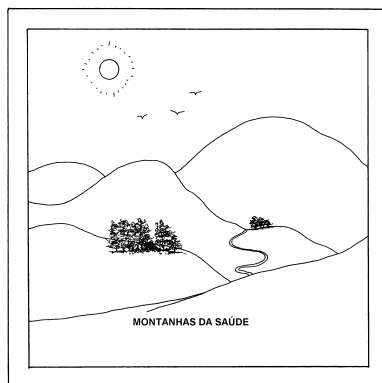
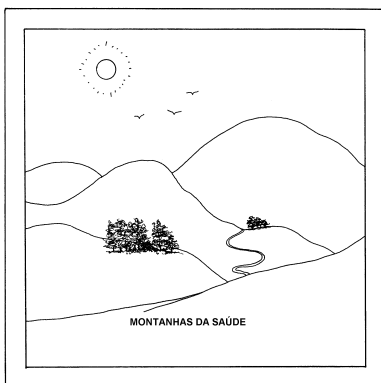
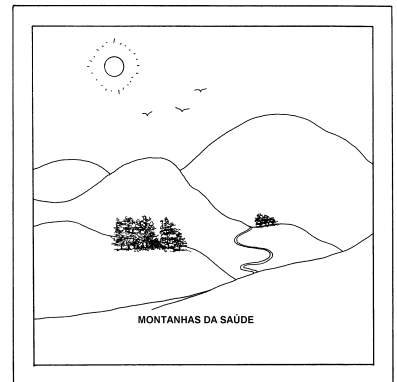
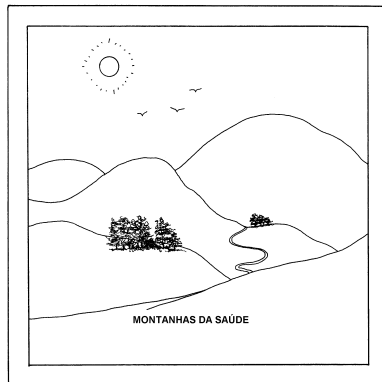
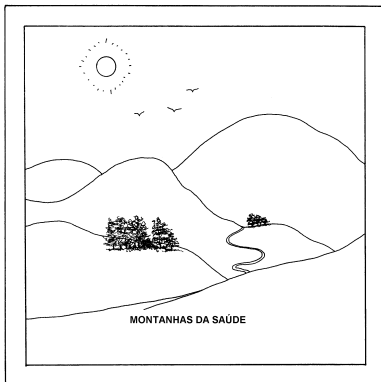
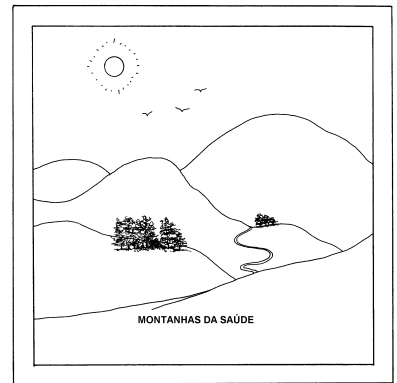
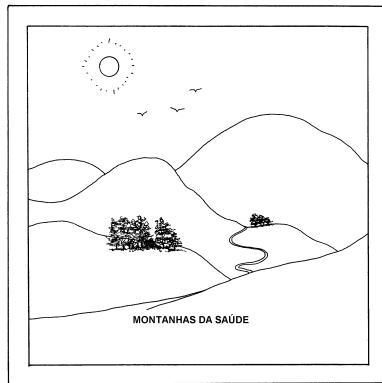
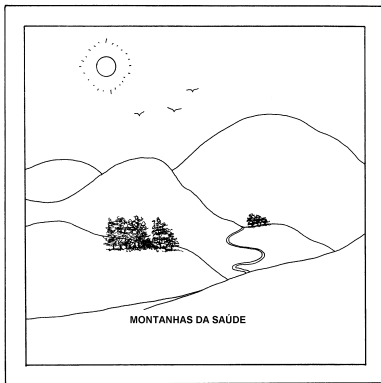
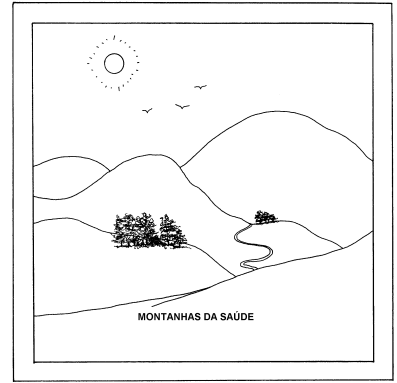
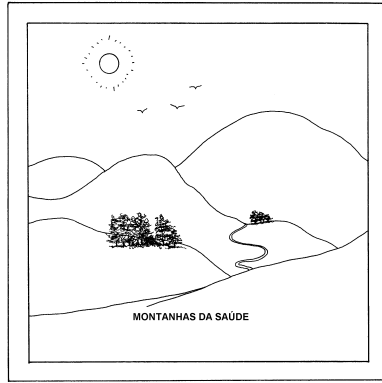
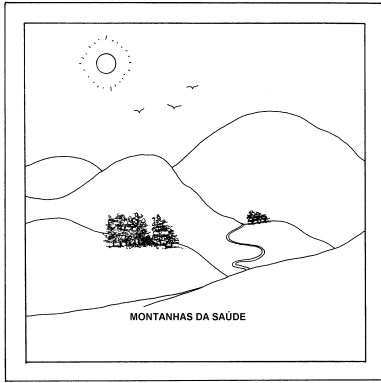
+
Fármacos essenciais disponíveis

+
Novo fornecimento de antibióticos recebido ontem no centro de saúde local

+
Bom sistema de cuidados pré-natais

-
Há falta de sangue para transfusão

-
Os fármacos estão fora do prazo e são perigosos



-
Transfusão de sangue
não rastreada para VIH

-
Chega ao hospital
moribunda

-
Centro de saúde
sobrelotado e com falta
de pessoal

-
Falta de equipamento
na instituição de saúde

-
O centro de saúde não
tem equipamento e
instalações para
transfusões de sangue

-
Há falta de fármacos
essenciais

+
Centro de saúde com
bastante pessoal

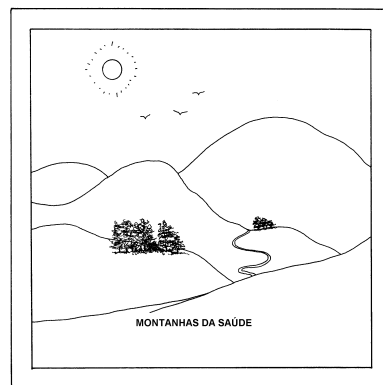
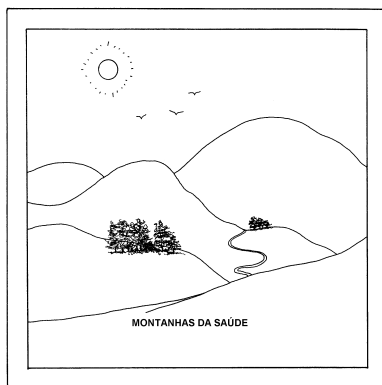
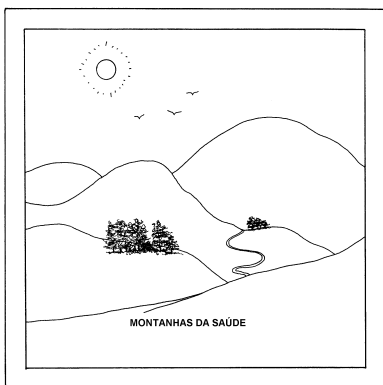
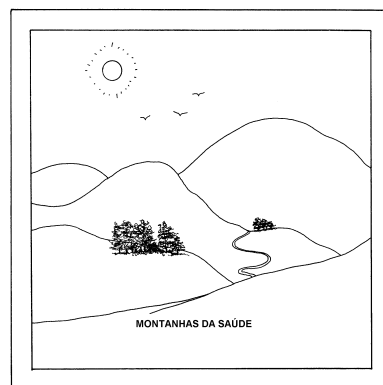
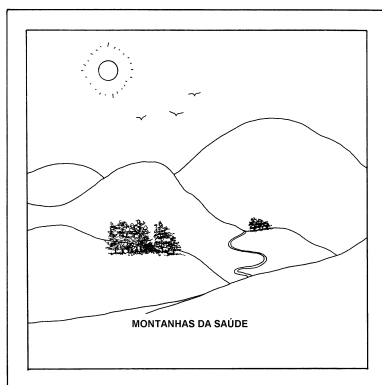
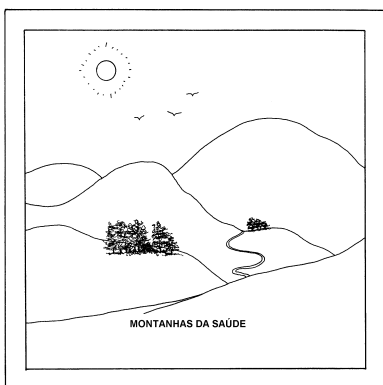
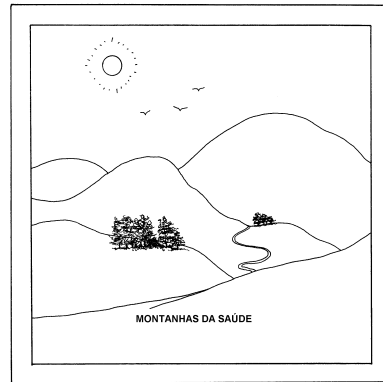
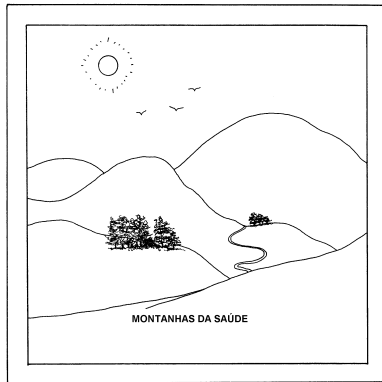
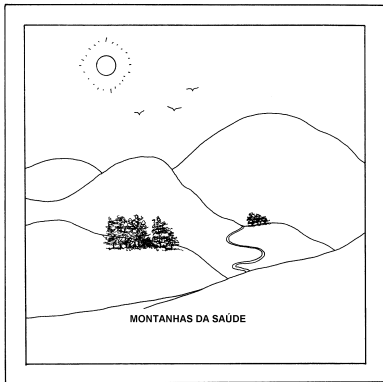
+
Todos os fármacos do
centro de saúde foram
verificados hoje e
armazenados
correctamente

+
Os líderes comunitários
concordaram em
estabelecer consultas
regulares de cuidados
pré-natais

-
Disponibilidade de
fármacos e
equipamentos para o
Planeamento Familiar

+
Todas as transfusões de
sangue rastreadas para
VIH

+
Marcou o parto para o
hospital



-

A família frequenta aulas de educação para a saúde e aprende acerca das complicações da gravidez

+

Início de consulta de planeamento familiar na sua aldeia

+

O pessoal do centro de saúde é altamente profissional

++++

Tratamento disponível
(pode usar esta carta e guardá-la até precisar de “cancelar” um dos seus problemas de saúde)

+

O centro de saúde recebe fornecimentos de fármacos

+

Frequenta regularmente os cuidados pré-natais

+

Toma comprimidos de ferro regularmente

+

Bom sistema de encaminhamento na sua aldeia