

RELACAHUPAN**BOLETÍN DICIEMBRE 2006**www.relacahupan.org**CONGRESOS****ARGENTINA****II Conferencia Regional de las Américas Fortaleza y Debilidades de la Partería en las Américas**

11-12-13 marzo de 2007 Mar del Plata, Buenos Aires-Argentina Hotel Intersur 13 de Julio

<http://webs.advance.com.ar/parteriaenlasamericas> www.internacionalmidwives.org

Organiza: Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires

E-mai: colegio_consejosuperior@yahoo.com.ar

Temario Central: Morbimortalidad Materno-Infantil a) Post Aborto: Prevención b) Adolescencia: riesgos de nuestros jóvenes c) Influencia del medio ambiente en la Salud Materna d) Salud Sexual y Reproductiva Liderazgo en Partería Derechos, salud, sociedad y familia en el proceso del nacimiento

Empoderamiento de las mujeres y las parteras. Compromiso de la Partería para el nuevo trienio Educación en Partería

COSTA RICA***San José de Costa Rica*****Conferencia de *Midwifery Today* - Nacimiento sin Fronteras*****23 - 27 de mayo de 2007***

Conferencia dirigida a; parteras, educadoras prenatales, enfermeras parteras, doulas, médicos, estudiantes y aspirantes a parteras.

<http://www.midwiferytoday.com/conferences/CostaRica2007/>

Las clases incluyen:

Técnicas tradicionales para facilitar el parto

Derechos humanos y el nacimiento

Ambiente de parto

Necesidades conjuntas entre la madre y su bebé

Celebración de la mujer

Remedios naturales y tradicionales

Curso completo de doula

Formas de trabajar partos difíciles

Distocia de hombros

Algunos conferenciantes; Ina May Gaskin, Robbie Davis-Floyd, Marsden Wagner, Naolí Vinaver, Gilda Vera, Noemi Sotela, entre muchos otros.

* *En la conferencia habrá traducción al español.**Pronto, el programa completo de la conferencia se podrá acceder en español en la página de "internet" de **Midwifery Today**.***MEXICO****Segundo Congreso Internacional de Nacimiento Humanizado****“Recuperando la Sabiduría Ancestral”**

Monterrey, N.L. del 23 al 25 de Marzo de 2007.

Contamos con la participación de importantes científicos, investigadores reconocidos internacionalmente tanto por su experiencia así como su labor de investigación humanista y las importantes publicaciones que han realizado. Entre ellos se encuentra el **Dr. Ricardo Herbert**

Jones (Brasil), **Dr. Marcos Leite dos Santos** (Brasil) , **Dra. Robbie Davis-Floyd** (Estados Unidos), **Debra Pascali-Bonaro** (Estados Unidos), **Ina May Gaskin** (Estados Unidos)

Estamos convencidos de que la salud física y emocional comienza desde la misma concepción y es desde allí, donde nuestra misión inicia... tarea de educar hacia el respeto por nuestro entorno, nuestros procesos de vida, compromiso con nuestra salud y la de esos niños que llegan a este mundo, sabemos que existe un profundo vínculo entre la forma en que se nace y la calidad de vida que se tiene... los primeros años de vida del ser humano, constituyen la clave que nos permitirá incrementar la capacidad de los niños del futuro de amarse a si mismos, al prójimo y al planeta.

Este evento esta dirigido:

Gineco-obstetras, Perinatólogos, Pediatras, Neonatólogos, Psicólogos, Científicos Sociales, Médicos Residentes, Enfermeras, Parteras, Educadoras Perinatales y estudiantes interesados en la atención al parto y a las necesidades del recién nacido así como de la familia.

A Padres de Familia, Educadores, Representantes del Sector de Salud y de los Medios de Comunicación involucrados en este proceso.

BENEFICIO PARA LOS ASISTENTES

- Valor a Currículum avalado por Lamaze International
- Actualización para los profesionales de la salud como proyecto anual de capacitación
- Compartir y aprender de experiencias con colegas extranjeros
- Educación y sensibilización para apoyar a la mujer y su familia

COSTO DEL EVENTO:

ESTUDIANTES, ENFERMERAS, PARTERAS, EDUCADORAS PERINATALES

\$950.00 MN antes del 31/12/06
 \$1,200.00 MN antes del 15/02/07
 \$1,450.00 MN al 23/03/07

PROFESIONISTAS Y PÚBLICO EN GENERAL

\$1,700.00 MN antes del 31/12/06
 \$2,200.00 MN antes del 15/02/07
 \$2,700.00 MN al 23/03/07

Si se inscriben 9 personas de una misma institución o grupo a la décima se le otorga una beca. Anexo la forma de inscripción al evento.

Se aceptan tarjetas de: American **Express, Visa y MasterCard**

Para mayores informes puede visitar nuestra página web: www.amayal.com/congreso2007/

Disponible a partir del 15 de Dic.

Gabriela Ramírez

Promoción Tel: 81 13 52 9898 / 01800 552 3298

Fax: 81 83 40 3894

registro@amayal.com

COMPARTIENDO

VENEZUELA

La revolución bolivariana

Por Modaira Rubio, especial desde Caracas | 29.11.2006

A pesar de la férrea oposición sexista de sectores del chavismo y antichavismo, una coalición parlamentaria impulsada por un grupo de mujeres venezolanas logró la sanción de una ley contra la violencia de género de carácter revolucionario. Llamada Ley Orgánica sobre el Derecho de la Mujeres a una Vida Libre de Violencia la norma contempla 19 formas de violencia, entre ellas la simbólica, **obstétrica**, económica y mediática.

Con la presencia de más de 4000 mujeres de todos los sectores sociales y políticos en una histórica Jornada de Parlamentarismo Popular Revolucionario, la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela aprobó por unanimidad, en segunda discusión, la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, este 25 de Noviembre, Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer.

Este innovador instrumento jurídico, único a nivel continental y mundial, tipifica 19 formas de violencia hacia la mujer entre las que se encuentran: violencia psicológica, física, doméstica, sexual, laboral, patrimonial y económica, **obstétrica**, mediática, institucional, simbólica, así como la esterilización forzada, el tráfico y trata de mujeres, niñas y adolescentes, acoso u hostigamiento, amenaza, acceso carnal violento, prostitución forzada, esclavitud sexual y acoso sexual.

El acoso sexual en las aulas de clase, en los lugares de trabajo, en los consultorios médicos, será penalizado con 1 a 3 años de prisión; el tráfico y la trata de mujeres, niñas y adolescentes, con 15 y 20 años de prisión.

La ley establece la violencia obstétrica como una situación en la cual la mujer no es atendida oportuna y eficazmente, es obligada a parir en posición supina y con las piernas levantadas, se le niega la posibilidad de ver a su hijo o hija una vez nacido (a), se altera el procedimiento normal de parto o se obliga a la mujer a practicarse el parto por cesárea. En este punto, la intervención en la sesión extraordinaria de un médico gineco-obstetra, asesor de la comisión de salud de la AN, fue crucial.

Dijo que en sus 30 años de práctica profesional, ha visto como las mujeres venezolanas son humilladas, vejadas, maltratas y abusadas por un sistema de salud que bajo una concepción machista desmejora las condiciones idóneas para el parto. Con esta Ley, ese maltrato será considerado un delito o que será penado con el pago de 250 a 500 unidades tributarias, entre 3230 a 6241 dólares, por parte del o la profesional y la apertura de un procedimiento disciplinario en el colegio o institución gremial al que esté afiliado o afiliada.

En la ley se establecen mecanismos para dar cumplimiento al mandato constitucional de garantizar por parte del Estado, el goce y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, por ello tiene carácter orgánico.

En materia procesal la ley establece la creación de los Tribunales de Violencia contra la Mujer como órganos especializados en justicia de género.

A pesar de las presiones de medios de comunicación y de sectores de la sociedad que se oponían a esta ley, la AN sesionó en favor de las venezolanas.

Liderezas de las organizaciones políticas, académicas y profesionales sensibilizados en materia de género participaron dando sus alegatos a favor de la ley a las diputadas y diputados presentes en la sesión.

BRASIL PARTEIRA, PROFISSÃO QUE RENASCE

Unindo ciência e tradição, enfermeiras obstétricas ganham espaço na assistência ao parto
Lúcia Nascimento

Teresa Martins em atendimento a parturiente / Foto: Lúcia Nascimento

Às seis horas da manhã de uma sexta-feira, Helka enfrentava as dores do trabalho de parto num congestionamento da Marginal Tietê, na capital paulista. Chegou a pensar em correr para o hospital mais próximo, mas desistiu. Seu primeiro filho, Yan, hoje com 9 anos, nasceu num parto cheio de intervenções médicas desnecessárias, e agora ela queria um atendimento mais humanizado, sem correria nem tratamento impessoal.

Quando finalmente chegou à Casa de Parto de Sapopemba, na zona leste da cidade, as enfermeiras obstétricas vieram recepcioná-la na porta, chamando-a pelo nome apesar de ela ter estado ali apenas uma vez. Helka recebeu massagens e tomou chás para aliviar a dor e logo a bolsa estourou.

Após encontrar uma posição confortável para o parto ela preferiu ficar na vertical, sentiu-se pronta e segura para o grande momento. A todo instante as enfermeiras explicavam os movimentos do bebê e o porquê de cada dor, tranquilizando-a. Às sete e quarenta minutos nasceu e, antes mesmo de ter o cordão umbilical cortado, foi para o colo da mãe.

No imaginário cultural brasileiro, as figuras de assistência ao parto se resumem a médicos, em hospitais, e parteiras, em áreas pobres do interior do país. Uma figura ainda pouco conhecida, mas que tem ganhado o reconhecimento do governo e da sociedade, é a das parteiras profissionais - enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades e vêem o parto como um evento natural, que, se estiver bem preparado e livre de complicações, pode muito bem ocorrer fora de um hospital.

Como herança das parteiras tradicionais que aprenderam o ofício na prática, essas profissionais sabem da importância de tratar a mulher como protagonista no parto, respeitando seus desejos e aliviando as dores com conforto emocional, técnicas de relaxamento e chás. Diferentemente do que acontece na zona rural, entretanto, elas foram formadas em universidades para fazer o parto de gestantes de baixo risco e são tão capacitadas quanto os médicos obstetras para esse atendimento.

Locais de atuação

O bairro de São Mateus, no extremo leste da capital paulista, tem 400 mil habitantes e é um dos mais pobres da cidade. Lá, o Hospital Geral de São Mateus, pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), possui um Centro de Parto Natural (CPN), inaugurado em dezembro do ano passado. Nessa unidade, as enfermeiras obstétricas prestam assistência em suítes individuais, que garantem privacidade e segurança, pois têm à disposição todos os equipamentos necessários para cuidar da mãe e do bebê.

A criação de locais acolhedores em hospitais de regiões pobres das grandes cidades é uma conquista, na opinião de Teresa Sá Martins, enfermeira obstétrica e supervisora do CPN de São Mateus. Segundo ela, ali a gestante é incentivada a levar um acompanhante, que pode ficar a seu lado durante o trabalho de parto e o nascimento. Além disso, a mulher tem liberdade de movimentos, escolhe a posição mais confortável, se alimenta se tiver vontade e não precisa ficar recebendo soro. Pode, ainda, utilizar uma banheira de hidromassagem para relaxar nos intervalos entre as contrações.

No Centro de Parto Natural, como o próprio nome indica, as intervenções médicas só ocorrem quando surgem complicações. A filosofia é permitir que a mulher se sinta à vontade e deixe seu organismo agir livremente, sem uso de hormônios para acelerar o processo, sem cortes para facilitar a saída do bebê (a chamada episiotomia) e com a utilização de métodos alternativos de relaxamento.

Márcia, de 21 anos, que teve seu segundo filho em junho deste ano no CPN, declara: "Foi muito bom. As enfermeiras são cuidadosas, deixam comer e andar, não tiram o bebê de perto e também não colocam a gente no soro". Foi esse atendimento diferenciado que Helka Luciana de Azevedo, assistente de fotografia, de 31 anos, buscou na Casa de Parto de Sapopemba.

Diferentemente dos CPN, que ficam dentro de hospitais, as casas de parto tanto podem estar acopladas a um hospital como apenas ter um de referência, para onde são encaminhadas as gestantes que apresentam algum problema durante o trabalho de parto. Helka, no entanto, apesar de ter ficado satisfeita com o tratamento, tem uma queixa: "Bem que podiam ampliar o número de casas de parto, colocando uma em cada região da cidade".

"Hoje, há apenas cinco casas de parto funcionando a pleno vapor no país: a do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte; a de Juiz de Fora (MG); a Casa de Parto David Capistrano Filho, no Rio de Janeiro, e duas na cidade de São Paulo: a Casa de Maria e a Casa de Parto de Sapopemba", afirma Isa Paula Hamouche, técnica da área de saúde da mulher do Ministério da Saúde. E a principal razão apontada para a pequena quantidade de locais como esses é a falta de disposição dos governos estaduais e municipais.

Por essa razão, as que existem têm sido cada vez mais procuradas. A Casa de Parto David Capistrano Filho, no bairro de Realengo, na pobre região oeste da cidade do Rio de Janeiro, já atendeu a mais de 500 partos desde que foi inaugurada, em 8 de março de 2004. Como não é acoplada a um hospital, uma ambulância fica de plantão 24 horas por dia, para transportar gestantes que apresentem algum problema até a Maternidade Alexander Fleming, que fica a 8 quilômetros do local. Nesses casos, a equipe do hospital onde também trabalham algumas das enfermeiras obstétricas da casa de parto é imediatamente acionada.

Riscos

Além do atendimento em casas de parto e em centros de parto natural, as enfermeiras obstétricas (e também alguns médicos) prestam assistência em casa. Essa modalidade, no entanto, ainda é vista com cautela no Brasil. Em países como Holanda e Inglaterra, o parto domiciliar é incentivado, chegando, respectivamente, a 40% e 47% do total.

Para a socióloga e diretora da organização não-governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia), Jacqueline Pitanguy, dar à luz em casa não significa abrir mão do que a tecnologia pode oferecer. Se o bebê está bem posicionado e o pré-natal foi bem feito, não há problema.

A classe médica, em geral, se mostra contrária. "Pode-se fazer parto domiciliar? Sim, mas não se deve. Os riscos são raros, talvez de menos de 1%, mas quando surgem podem ser fatais para o bebê e até para a mãe. Mesmo com uma ambulância à disposição, numa cidade como São Paulo são muitas as variáveis. A mulher precisa saber que corre um risco", afirma Mario Macoto Kondo, diretor técnico do Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC/FMUSP).

Nem todos, no entanto, vêem problema no fato de dar à luz fora do ambiente hospitalar. A começar pelo Ministério da Saúde: "É um direito da mulher escolher onde vai ter seu bebê. No mundo inteiro se discute o movimento de descentralização do atendimento ao parto e a saída desse procedimento da maternidade. Em alguns momentos, o aparato hospitalar pode até ser negativo para a mulher", afirma Isa Hamouche.

"O modelo que deve vingar é o que une a casa de parto com assistência de enfermeiras obstétricas, ambiente familiar e privacidade a um hospital, onde a total segurança também está garantida", enfatiza Aníbal Faúndes, coordenador de estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e pesquisador do Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (Cemicamp).

De acordo com Simone Grilo Diniz, médica e professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, embora o parto ainda seja descrito por muitos médicos como um evento de risco, as mais recentes evidências científicas mostram que, ao contrário, para mulheres que não apresentam problemas de saúde ou alterações durante a gravidez não há nenhum perigo. "O máximo que se puder fazer para não atrapalhar o processo fisiológico, melhor. Isso não significa que não se deva estar atento. A maioria das mulheres só precisa de vigilância ver se mãe e bebê estão bem e privacidade", declara.

Essa idéia também é defendida por quem presta assistência a partos domiciliares. "O ambiente acolhedor do lar facilita a liberação de oxitocina e de endorfina, hormônios necessários para que o parto aconteça de forma natural", argumenta Heloísa Lessa, enfermeira obstétrica que atua no Rio de Janeiro e membro da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa).

Cláudia Orthof, médica e também membro da ReHuNa, trabalha em equipe com Heloísa e garante que nenhuma gestante que possa apresentar complicações terá o parto feito em casa. Por

precaução, em todos os nascimentos um obstetra e um pediatra são contatados e ficam em alerta para qualquer eventualidade.

Para Vilma Nishi, enfermeira obstétrica que já realizou mais de 80 partos domiciliares na cidade de São Paulo, o maior problema é a mulher não admitir fraquejar. "Quando combino de atender um parto em casa, já aviso à futura mãe: se eu disser 'agora é hora de ir para o hospital', não há por que discutir. Nunca tive de sair correndo, mas há casos em que a gestante apresenta algum bloqueio ou se sente insegura. Nessas circunstâncias, vamos para um hospital." Por via das dúvidas, Vilma mantém um esquema de referência montado. Como a maioria das mulheres que atende possui plano de saúde, orienta as gestantes para que façam o pré-natal com ela e também com um médico do convênio. "Se for preciso ir para o hospital, haverá alguém para como elas dizem 'ajudar no plano B'", declara.

Heloísa completa que ter um esquema de referência por perto é fundamental: "Se estou a três horas de um hospital, o risco de atender em casa pode ser grande. Mas, se puder chegar lá em cinco minutos, não há problema. O parto domiciliar é seguro, desde que os limites sejam respeitados".

Convergência

Um ponto a respeito do qual todos concordam é a necessidade de melhorar o pré-natal, para evitar que complicações imprevistas atrapalhem o andamento do trabalho de parto em mulheres saudáveis e sem alterações. "Uma coisa que pesa muito é o vínculo que se estabelece durante o período de gravidez. O pré-natal, na minha opinião, tem de ser feito de 15 em 15 dias, com pelo menos uma hora e meia de consulta. Quando se procede dessa maneira, trabalhando todas as questões envolvidas, a opção pelo parto domiciliar é praticamente uma consequência", afirma Heloísa.

"A questão mais importante é o preparo da paciente, que muitas vezes não acontece de forma adequada. Num pré-natal bem-feito, é possível identificar fatores que podem levar a riscos no trabalho de parto. Mas, de modo geral, o enfoque é muito tecnicista, e a dimensão humana acaba sendo deixada de lado.

Essa é uma deficiência, hoje, em obstetrícia. O médico faz exames brilhantes e se esquece do aspecto emocional", declara Mario Kondo.

A convergência entre as duas classes, entretanto, se resume praticamente ao pré-natal. Em 2004, por exemplo, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj) tentou impedir, sem sucesso, o funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho, e entrou com uma ação na Justiça que pedia o fechamento da instituição.

Algumas décadas atrás, o antagonismo não era tão acentuado. Até 1970, as parteiras profissionais eram formadas na faculdade de medicina, no curso de obstetrícia, e trabalhavam em conjunto com os médicos. A partir de meados desse ano, porém, quando a profissão se tornou uma especialização da enfermagem e houve a proliferação dos planos de saúde, os conflitos hierárquicos passaram a ser constantes. "Acaba então a parceria que existia nas clínicas particulares. Um fator relevante foi a má remuneração feita pelos convênios, que incentivou os médicos a aumentar o número de gestantes que atendiam, dando preferência à cesárea prática na qual enfermeiras obstétricas não podem atuar. No fim da década de 1980, a rivalidade entre as classes já era extremamente crítica", esclarece Dulce Gualda, coordenadora do curso de obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da USP Leste, que, criado em 2005, trouxe de volta a possibilidade de formação universitária de parteiras profissionais.

"Hoje, há muitas mulheres morrendo de causas evitáveis no Brasil, e isso é bastante grave. Os médicos, de maneira geral, não confiam nas enfermeiras obstétricas para a assistência a gestantes de baixo risco, mas como confiar na classe médica como um todo se o índice de mortalidade materna é absurdo?", questiona Heloísa.

Mortalidade materna

É realmente impressionante: 75 brasileiras, em cada grupo de 100 mil mulheres, morrem por complicações do parto ou durante a gravidez. As estimativas, entretanto, são de que esse número chegue a 130, se forem considerados os casos em que a morte não é registrada como decorrência de complicações durante ou após o parto. Em países desenvolvidos, como a Inglaterra, são cerca de dez mortes por 100 mil.

Em parte, o índice de mortalidade materna se deve à elevada taxa de cesáreas no país, que ultrapassa os 15% recomendados pela OMS.* *As estatísticas falam por si mesmas: no Brasil, pouco mais de 3% das grávidas têm seus bebês em casas de parto ou na própria residência. Entre as que dão à luz no ambiente hospitalar, o parto natural também não é o preferido: de acordo com o Ministério da Saúde, 39,71% fazem cesáreas no sistema público de saúde e, nos hospitais particulares, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), esse percentual sobe para 79,7%.

Esses dados alarmantes colocam o Brasil na posição de vice-líder mundial em número de cesáreas, atrás apenas do Chile. "Esse tipo de parto eleva o risco de infecções, de hemorragia e até de a mulher precisar retirar o útero", alerta Aníbal Faúndes. Além de aumentar as probabilidades de complicações graves como essas, e ainda de pneumonia e septicemia, a cesárea traz, para cerca de um terço das mães, problemas como febre, hematoma, infecção no trato urinário ou no útero, ferida cirúrgica e paralisia do intestino ou da bexiga.

"A comparação entre bebês nascidos de cesáreas por razões não-médicas e os de partos vaginais também comprova que, no primeiro caso, é quase cinco vezes maior o risco de haver necessidade de cuidados intensivos ou semi-intensivos, ou ainda de assistência respiratória", alerta Simone. Além disso, deve-se considerar que há diversos procedimentos médicos invasivos realizados rotineiramente no ambiente hospitalar, como raspagem de pêlos, lavagem intestinal, uso de soro e de hormônios para acelerar o processo, episiotomia e jejum, entre outros. "A maioria dessas intervenções é imposta, ou seja, a mulher nem é consultada. Tudo isso acabou por transformar o parto natural que acontece em hospital em uma coisa horrenda, levando muitas grávidas a optar pela cesárea, por acreditar que é menos dolorida", lamenta Simone.

A perspectiva é que as mudanças iniciadas no modelo de assistência ao parto no Brasil se consolidem lentamente, graças, inclusive, à reabertura do curso de obstetrícia destinado à formação de parteiras profissionais. De acordo com Dulce Gualda, os alunos da EACH (também há homens na graduação: de 60 matriculados, oito são do sexo masculino) recebem "uma visão de parto num contexto mais amplo, de cultura, de sociedade, de envolvimento político, de transformação do sistema. É um curso que começa com a saúde e depois entra na doença, diferentemente do enfoque tradicional, que tende a se fixar nesta última". A absorção desses profissionais no mercado de trabalho ainda é, contudo, uma incógnita.

http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas_sesc/pb/artigo.cfm?Edicao_Id=255&breadcrumb=1&Artigo_ID=4010&IDCategoria=4428&reftype=1

URUGUAY

RELACAHUPAN URUGUAY. Dic./2006.

Revisión de las tarea en la RED 2003 - 2006 .

*Articulación de actividades:

- tarefas a corto y largo plazo
- visibilización del Movimiento de Parto Humanizado.
- significado y alcance de la Relacahupan - Uruguay
- efectivizar nuestra propuesta desde la Escuela de Parteras
- estrechar vínculos con otras organizaciones, ONG's, ONG's de Mujeres, Redes Nacionales e Internacionales.
- Participación en espacios vinculados con los DDSSy RR.
- *Consejo directivo y Coordinación: recambio, llamado a aspirantes.
- *Asamblea de integrantes de la RED.
- *Coordinación para el Cono Sur vínculo con Gilda Vera.
- *Enlace RSMLAC.
- *Nuevos proyectos de la RED..

CURSO DE CAPACITACION , Calidad de Atención y Género Hospital Gustavo Saint Bois.

Evaluación interna.

Sistematización de la evaluación en terreno.

Reunión con dirección H.S.B.

Seguimiento del Proyecto?

Próximas acciones en el H.S.B.

Folleto DD de la Embarazada.

Posibles temas pendientes, CON ENFASIS EN EL EMPODERAMIENTO DE LAS PARTERAS Y OTRAS ESPECIALISTAS ACTUANTES.:

-CONTRADICCIONES DE GENERO.

-EMBARAZO Y SEXUALIDAD.

-PUERPERIO Y ANTICONCEPCION.

-METODOLOGIA PARA TALLERES

ANEXO

Consejo Directivo, **PROPUESTA-** julio / 05

RELACAHUPAN Uruguay

El Consejo Directivo constituiría una instancia de dirección colegiada de la Relacahupan Uruguay.

El C.D. estaría integrado por 6 compañeras encargadas de formular políticas y estrategias de trabajo, poner en práctica y dar seguimiento a las propuestas y / o proyectos y a evaluar los resultados de los mismos.

(El C.D. estaría integrado por parteras u otras especialistas en el caso de que sean miembras).

Se reunirán con la coordinación, cada cuatro meses tanto para evaluar actividades como para ser consultadas sobre planes y programas.

Perfil de las Consejeras :

Tienen que estar identificadas con el Movimiento de Humanización del Parto.

Estar vinculadas al Movimiento de Salud de las Mujeres y específicamente al área de los derechos sexuales y reproductivos .

Estar vinculadas a los diferentes ámbitos donde actúan las parteras; consultorios, policlínicas, salas de parto, maternidades, ámbito docente, etc.

No estar ajenas a las instancias gremiales y sociales.

Una vez que quede designado el C.D., éste tendrá una actuación de 3 años.

Después de cumplido este lapso, se iniciarían los recambios progresivos,(se podría pensar en dos recambios por vez) hasta completar el numero de compañeras que formarían el nuevo C.D.y así sucesivamente.

El CD elige a la Coordinación de la RED que permanecerá durante tres años,a través de una convocatoria abierta a todas /os las miembras de la RED. Las miembras proponen y el CD elige.

Perfil y función de las coordinadoras.

Estar vinculadas a la tarea que venimos desarrollando en el Movimiento de Parto Humanizado, desde que se fundó la Red en Uruguay (2001). Estar en conocimiento del campo de actividades de las parteras. Ejecutar aquellas acciones , acordadas por el CD, asumir tareas de representación, información y de docencia en las instancias que así lo requieran.

Informar al C.D.

Elaborar informes sobre actividades realizadas

Compañeras propuestas para integrar el primer C.D de la RELACAHUPAN Uruguay.....

Parteras Laura Valli, Elena Penades, Cristina Arroyo, Laura Prieto, Adriana Garay, Miriam Souza, Psic. Anabel Addiego,

Propuesta de Elvira Lutz.Dic/2006 Coordinadora Nacional

AUSTRALIA

La anestesia epidural para aliviar el dolor de parto podría causar problemas para amamantar.

Dr. Eugenio Canessa, Anestesiólogo

Esa es la conclusión de un estudio llevado a cabo en la Universidad de Sydney, en Australia. El estudio analizó a 1.300 mujeres que dieron a luz en 1997

La investigación encontró que las mujeres que se someten a una epidural en el parto tienen más posibilidades de desarrollar problemas en la primera semana después del nacimiento.

Y también, dice el estudio publicado en la Revista Internacional del Amamantar, podrían suspender la lactancia más temprano.

El estudio observó a 1.300 mujeres que tuvieron un bebé en 1997.

Según los científicos una sustancia química en la anestesia epidural podría afectar al bebé.

Pero otros expertos subrayan que con las técnicas modernas, la anestesia epidural puede tener más beneficios que riesgos tanto para la madre como el bebé.

"Sin duda tener un bebé recién nacido deprimido puede ser un problema para la madre" dijo a BBC Ciencia el doctor Eugenio Canessa, jefe del departamento de Anestesiología Obstétrica de la Clínica Las Condes, en Chile.

"Pero con las dosis que se usan actualmente de anestesia, no hemos visto alteraciones conductuales del bebé", agrega el experto.

En el Reino Unido, cerca de 20% de mujeres piden una anestesia epidural para aliviar el dolor de parto.

En otros países, como Chile, esta cifra aumenta a 99% ya que muchas mujeres no se plantean la posibilidad de tener un parto sin medicamentos para aliviar el dolor.

Los investigadores australianos analizaron el historial de nacimientos y amamantamiento de las mujeres.

De las 416 que habían tenido una epidural, 172 habían sido sometidas a una cesárea.

Se cree que la epidural adormece al bebé y dificulta el amamantamiento

Aunque 93% de las mujeres estudiadas amamantaron a sus bebés en la primera semana, aquéllas que recibieron una epidural mostraron más probabilidades de tener problemas.

También mostraron más posibilidades de suspender completamente el amamantamiento antes de que el bebé cumpliera seis meses.

Esto comparado con las mujeres que no recibieron medicamentos contra el dolor.

Hasta 75% de los que no tuvieron analgésicos seguían amamantando a las 24 semanas, comparadas con el 53% que recibieron el analgésico petidina o la epidural.

Beneficios

Los investigadores australianos indican que "hay creciente evidencia de que el componente de las epidurales, el fentanil, podría estar asociado con bebés adormecidos y dificultades para establecer el amamantamiento".

Agregan que "cualquiera que sea el mecanismo subyacente, es importante que las mujeres que tienen mayor riesgo de cesación de amamantamiento obtengan asistencia adecuada".

Pero tal como señala el doctor Canessa, es posible que el fentanil tenga un efecto en el bebé.

Pero subraya que hay otros factores que podrían explicar la relación entre la epidural y los problemas al amamantar.

"El tener un parto tranquilo y una mamá cooperativa que goza y está contenta durante el nacimiento es un punto a favor del uso de anestesia obstétrica", señala el experto.

"Creo que hoy en día, la anestesia moderna colabora en el establecimiento de una buena relación entre madre e hijo, más que obstaculizar esa relación".

"Pero también es importante notar que nosotros no tenemos la experiencia del parto sin anestesia, ya que la usamos en el 100% de nuestras pacientes".

"Y nuestros neonatólogos no nos han planteado la posibilidad de alguna alteración mayor en el recién nacido", agrega el anestesiólogo.

Según los expertos, es necesario llevar a cabo más estudios para confirmar lo que hasta ahora es solamente una preocupación teórica.

El tener un parto tranquilo y una mamá cooperativa que goza y está contenta durante el nacimiento es un punto a favor del uso de anestesia obstétrica.

Con nuestros mejores deseos de un muy buen termino de año y un mejor 2007, nos despedimos hasta febrero del año que está por comenzar, con el compromiso de seguir trabajando por un parto natural, digno respetado para todas las mujres, sus hijoas/os y familias. Un gran abrazo a todas/os los que trabajamos por una mejor forma de nacer.

**Por la Coordinación de la RELACAHUPAN
Gilda Vera América del Sur**