Criar uma força de trabalho em saúde para atender às necessidades das mulheres, dos recém-nascidos e adolescentes em todos os lugares

SITUAÇÃO Mundial da Obstetrícia 2021

Dedicado a todos e todas as profissionais de saúde que perderam suas vidas para a Covid-19

UNFPA

International Confederation of Midwives
Strengthening Midwifery Globally

Organização Mundial da Saúde

CONTRIBUIÇÕES E AGRADECIMENTOS

EQUIPE EDITORIAL: Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Martin Boyce, Manju Chhugani, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Andrea Nove, Petra ten Hoope-Bender.

GRUPO PRINCIPAL: Muna Abdullah, Mohamed Afifi, Zalha Assoumana, Sarah Bar-Zeev, Luc de Bernis, Mathieu Boniol, Martin Boyce, Alma Virginia Camacho-Hübner, Caroline Homer, Kirsty Hughes, Catherine Breen Kamkong, Tamar Khomasuridze, Anneka Knutsson, Geeta Lal, Sandra Land, Carey McCarthy, Fran McConville, Joanne McManus, Zoë Matthews, Million Mekuria, Allisyn Moran, Andrea Nove, Sally Pairman, Charlotte Renard, Shible Sahbani, Petra ten Hoope-Bender, Pulane Tlebere, Sally Tracy, Joseph Vyankandondera.

GRUPO DIRETOR: Grupo principal + Olajumoke Adebayo, Elena Ateva, Anshu Banerjee, Amy Boldosser-Bausch, James Campbell, Howard Catton, Manju Chhugani, Sheena Currie, Atf Ghérissi, Kristy Kade, Afsana Karim, Holly Kennedy, Bashi Kumar-Hazard, Barbara Levy, Vivian Lopez, Lastina Lwatula, Lori McDougall, Martha Murdock, Josephine Murekezi, Anwar Nassar, Luseshelo Simwinga, Naveen Thacker, Veronic Verlyk, Jessica White.

GRUPO DE PARCEIROS: Grupo diretor + Sultana Afdhal, Darcy Allen, Deborah Armbruster, Maria Helena Bastos, John Borrazzo, Louisa Cabal, Franka Cadée, Doris Chou, Giorgio Cometto, Helga Fogstad, Lynn Freedman, Howard Friedman, Carlos Füchtner, Meena Ghandi, Lars Grønseth, Kathleen Hill, Elizabeth Iro, Annette Kennedy, Étienne Langlois, Chunmei Li, Betsy McCallon, Alison McFadden, Blerta Maliqi, Michaela Michel-Schuldt, Jean-Pierre Monet, Zoe Mullan, Christophe Paquet, Susan Papp, Annie Portela, Veronica Reis, Mary Renfrew, Eva-Charlotte Roos, Theresa Shaver, Jeffrey Smith, Kate Somers, Mary Ellen Stanton, Irum Taqi, Jyoti Tewari, Christiane Wiskow.

CONTRIBUIÇÕES TÉCNICAS E APOIO: Mohamed Afifi, Avni Amin, Rondi Anderson, Ian Askew, Chea Ath, Alka Barua, Davide de Beni, Sandra Blanco, Malin Bogren, Meghan Bohren, Mathieu Boniol, John Borrazzo, Callum Brindley, Jim Buchan, Franka Cadée, Alma Virginia Camacho-Hübner, Howard Catton, Venkatraman Chandra-Mouli, Laurence Codjia, Giorgio Cometto, Myrian Cortes, Allison Cummins, Hugh Darrah, Kim Darrah, Deborah Davis, Khassoum Diallo, France Donnay, Winfred Dotse-Gborgbortsi, Alexandre Dumont, Ashok Dyalchand, Alison Eddy, Patrick Hoang-Vu Eozenou, Amanda Fehn, Ingrid Friberg, Bela Ganatra, Claudia Garcia, Atf Ghérissi, Aparajita Gogoi, Sami Gottlieb, Veloshnee Govender, Peter Griffiths, Sylvia Hamata, Claudia Hanson, Tawab Hashemi, Maren Hopfe, Anna von Hörsten, Keith Hurst, Ank de Jonge, Kristy Kade, Bartholomew Kamlewe, Bernar Kilonzo, Manasi Kumar, Christoph Kurowski, Sandra Land, Étienne Langlois, An'war Deen Bolarin Lawani, Barbara Levy, Jenny Liu, Ulrika Rehnström Loi, Sandra Lopez, Veronique Lozano, Carey McCarthy, Fran McConville, Michelle McIsaac, Emily McWhirter, Garth Manning, Viviana Martinez-Bianchi, Olga Maslovskaya, Andrea Matos Orbegoso, Federica Maurizio, Hedieh Mehrtash, Ann-Beth Moller, Sopha Muong, Maria Najjemba, Manjulaa Narasimhan, Pros Nguon, Marianne Nieuwenhuijze, Danielle Okoro, Olufemi Oladapo, Paulina Ospina, Charlemagne Ouedraogo, Sally Pairman, Francesa Palestra, Christina Pallitto, Ann Phoya, Laura Pitson, Marina Plesons, Bob Radder, Anna Rayne, Charlotte Renard, Cori Ruktanonchai, Jihan Salad, Martin Schmidt, Andrew Schroeder, Meroji Sebany, Teymur Seyidov, Mehr Shah, Pragati Sharma, Tekla Shiindi-Mbidi, Callie Simon, Luseshelo Simwinga, Amani Siyam, Laura Sochas, Sokun Sok, Karin Stenberg, Tigest Tamrat, Ai Tanimizu, Joyce Thompson, Patricia Titulaer, Sally Tracy, Elena Triantafyllou, Özge Tunçalp, Samson Udho, Victoria Vivilaki, Andrea Vogt, Amanda Weidner, Florence West, Jessica White, Teodora Wi, Elspeth Williams, Christiane Wiskow, Helen Witte, Julie Woods, Ann Yates, Catherine Yevseyev, Masahiro Zakoji, Willibald Zeck, Pascal Zurn.

Reconhecemos o trabalho vital de coleta de dados realizado pelos pontos focais das Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde (CNFTS) e pelas associações membros da Confederação Internacional de Parteiras (ICM), com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e escritórios regionais e nacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS), e Direct Relief.

COMUNICAÇÕES E MÍDIA: Rachel Firth, Molly Karp, Geeta Lal, Veronique Lozano, Lori McDougall, Hanno Ranck, Sonali Reddy, Irum Taqi, Petra ten Hoope-Bender, Veronic Verlyk, Eddie Wright, Rebecca Zerzan.

DESIGN, LAYOUT E TRADUÇÃO: Prographics, Inc.

APOIO FINANCEIRO: New Venture Fund, Fundo de População das Nações Unidas.

O UNFPA conduziu o desenvolvimento e o lançamento deste relatório em parceria com a OMS e a ICM, com o apoio das seguintes instituições: Averting Maternal Death and Disability, AFD, Bill & Melinda Gates Foundation, Burnet Institute, DFID, Direct Relief, Every Woman Every Child, FCI@MSH, Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia, FIOCRUZ, Global Financing Facility, GIZ, Human Rights in Childbirth, Conselho Internacional de Enfermagem, Organização Internacional do Trabalho, Associação Internacional de Pediatria, Jamia Hamdard, Jhpiego, Johnson & Johnson Foundation, Norad, Novametrics, PMNCH, Associação de Parteiras de Ruanda, Save the Children, SIDA, Universidade de Dundee, Universidade de Southampton, UNAIDS, USAID, White Ribbon Alliance, Wish Foundation, Women Deliver, e Universidade Yale.

Nossos agradecimentos dirigem-se também à Novametrics Ltd por seu apoio e sua liderança técnica na elaboração deste relatório e dos materiais que o acompanham, e à PMNCH por sua liderança nas comunicações e advocacy.

SIGLAS E ACRÔNIMOS

BEmONC	Cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência
DHS	Pesquisa de Demografia e Saúde (No Brasil, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS))
DSE	Força de trabalho equivalente em SRMNAH
ICM	Confederação Internacional de Parteiras (CIP)
ICN	Conselho Internacional de Enfermagem
ISCO	Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO)
MEAP	Programa de Credenciamento em Educação Obstétrica
MLCC	Continuidade do cuidado liderado por parteiras
MMR	Razão de Mortalidade Materna (RMM)
NHWA	Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde da OMS (CNFTS)
PMD	Porcentagem da demanda atendida
PMN	Necessidade atendida em potencial
PMNCH	Parceria para Saúde de Mães, Recém-nascidos e Crianças
PPE	Equipamento de proteção individual (EPI)
SDGs	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)
SRMNAH	Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente
SoWMy	Situação Mundial da Obstetrícia
UN	Nações Unidas (ONU)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UHC	Cobertura Universal de Saúde (CUS)
WHO	Organização Mundial de Saúde (OMS)
YML	Jovem Parteira Líder

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam na expressão de qualquer opinião por parte do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Confederação Internacional de Parteiras (ICM) sobre a situação jurídica de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, nem sobre a delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as linhas de fronteira aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo final. A terminologia usada para se referir a países, territórios e áreas, bem como a representação de países, territórios e áreas, inclusive a delimitação de fronteiras ou limites, e qualquer atribuição direta ou indireta de status nesta publicação, seguem exclusivamente o estilo institucional e a prática do UNFPA como organização editora líder, podendo estar em desacordo com aquelas usadas pela OMS, e não devem ser consideradas como um reconhecimento direto ou indireto pela OMS do status legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, nem da delimitação de suas fronteiras ou limites.

Foto de capa: Retrato de Rabiyat Tusuf com seu filho, Umar Husseni (1 semana de vida), no Centro de Saúde Dikumari em Damaturu, Estado de Yobe, Nigéria. © Gates Archive/Nelson Owoicho.

Índice

PREFÁCIO iv

SUMÁRIO EXECUTIVO v

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO 1

CAPÍTULO 2: PARTEIRAS: UM INVESTIMENTO VITAL 7

CAPÍTULO 3: EDUCAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE PARTEIRAS PARA GARANTIR ATENDIMENTO DE ALTA QUALIDADE 13

CAPÍTULO 4: NECESSIDADE E DISPONIBILIDADE DE PARTEIRAS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SRMNAH 25

CAPÍTULO 5: IGUALDADE DE ACESSO À FORÇA DE TRABALHO EM SRMNAH 43

CAPÍTULO 6: HABILITAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DE SRMNAH: QUESTÕES DE GÊNERO 49

CAPÍTULO 7: PROGRESSO DESDE 2011 E A EXPECTATIVA PARA 2030 57

GLOSSÁRIO 63

REFERÊNCIAS 65

QUADROS

1.1 Relatórios Anteriores da Situação Mundial da Obstetrícia 2

2.1 Continuidade do cuidado liderado por parteiras 8

2.2 Investimento em parteiras no Camboja e nos Países Baixos 10

3.1 Iniciativa de Obstetrícia do Governo da Índia 14

3.2 O Programa de Credenciamento de Educação em Obstetrícia da ICM 15

3.3 Dados importantes sobre a qualidade da educação da pesquisa global da OMS com educadores em obstetrícia 17

3.4 Identificando e atendendo às necessidades das parteiras durante a Covid-19 na América Latina e no Caribe 23

3.5 As parteiras contribuem para as respostas nacionais do Covid-19 no Malawi e na Namíbia 24

4.1 Os desafios da coleta de dados e como eles estão sendo tratados no Sudeste Asiático ... 26

5.1 Estimativas em âmbito nacional podem mascarar variações geográficas e ocupacionais: o caso de Gana 44

5.2 Atendimento digno à maternidade 45

5.3 Atendimento em SRMNAH: campanha global revela o que as mulheres desejam 46

6.1 Construindo a próxima geração de líderes parteiras 53

6.2 A importância do diálogo social 55

6.3 Variações salariais entre profissionais de SRMNAH: os casos de Marrocos e Tunísia ... 56

TABELAS

1.1 Grupos de ocupações considerados parte da força de trabalho em SRMNAH * 3

3.1 Porcentagem de países com legislação que reconhece a obstetrícia como distinta da enfermagem e com uma associação específica para parteiras, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020 18

3.2 Porcentagem de 79 países nos quais as parteiras estão autorizadas a prestar atendimento de emergência obstétrica e neonatal com procedimentos de funções vitais, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020 20

3.3 Porcentagem de 78 países nos quais as parteiras estão autorizadas a fornecer produtos contraceptivos, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020 21

4.1 Número (milhares) de profissionais de SRMNAH em 192 países, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014) 29

4.2 Tamanho (milhares) e densidade da força de trabalho mais ampla da obstetrícia em 160 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014) 30

4.3 Estimativas de potencial de necessidades atendidas em 157 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014) 35

6.1 Porcentagem de 80 países com parteiras em posições de liderança, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020 51

FIGURAS

1 Resumo dos investimentos necessários para permitir que as parteiras atinjam seu potencial vii

1.1 Principais marcos globais da força de trabalho e obstetrícia em SRMNAH, 2011--2020 .. 4

2.1 Mudança na % de partos em instituições e % de partos assistidos por parteiras e enfermeiras em 18 países de baixa e média baixa renda que reduziram sua Razão de Mortalidade Materna em mais de 50% entre 2000 e 2017 9

3.1 Duração dos programas de educação obstétrica de admissão direta ou combinação de enfermagem e obstetrícia em 63 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020 15

3.2 Porcentagem média de educadoras de parteiras que também são parteiras em 70 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020 16

3.3 Maior nível de qualificação em obstetrícia disponível em 74 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020 17

3.4 Sistema de regulamentação de parteiras em 78 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020 19

3.5 Sistema de licenciamento de parteiras em 73 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020 19

4.1 Porcentagem de tempo do profissional de SRMNAH necessário em cada estágio no continuum do atendimento, 189 países, 2019 27

4.2 Porcentagem de tempo do profissional de SRMNAH necessário em cada estágio do continuum do atendimento, 189 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 28

4.3 Porcentagem da força de trabalho mais ampla da obstetrícia em cada grupo de ocupação em 161 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014) 31

4.4 Força de trabalho em SRMNAH: número de funcionários versus profissionais da força de trabalho equivalente em SRMNAH (DSE) em 192 países, 2019 (ou último ano disponível desde 2014) 32

4.5 Composição da força de trabalho de obstetrícia, enfermagem e médica de SRMNAH, 192 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou último ano disponível desde 2014) 33

4.6 Percentuais relativos da força de trabalho mais ampla da obstetrícia com mais de 55 anos e menos de 35 anos, 75 países, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014) 38

4.7 Potencial projetado de necessidades atendidas em 157 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019, 2025 e 2030 39

4.8 Oferta projetada em comparação com a demanda projetada em 143 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2030 41

4.9 Projeções de potenciais necessidades atendidas e a porcentagem de demanda atendida por força de trabalho de SRMNAH em 143 países, por grupo de renda do Banco Mundial, 2030 42

5.1 Porcentagem de profissionais da SRMNAH que são mulheres nos países informantes, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou último ano disponível desde 2014) 47

6.1 Existência de políticas ou leis nacionais ou subnacionais em 164 países para a prevenção de ataques a profissionais de saúde, 2019, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial 54

Prefácio

A crise da Covid-19 gerou mudanças na maneira de pensarmos sobre assistência e apoio à saúde: quando e onde se deve prestar, quem deve estar envolvido e quais recursos, humanos e outros, devem ser priorizados. Uma lição importante é que mesmo os sistemas de saúde mais robustos podem se tornar frágeis repentinamente. Durante a crise, vimos que mulheres e meninas foram afetadas de várias maneiras, inclusive pelo aumento da violência baseada em gênero e acesso reduzido a serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva, levando a aumentos de mortalidade materna, gravidez não-intencional, abortos inseguros e mortalidade infantil.

Muitas das evidências e análises que embasam o relatório Situação Mundial da Obstetrícia 2021 referem-se à era pré-Covid-19. O impacto positivo dos cuidados de obstetrícia de alta qualidade nas mulheres e famílias em todo o mundo é rico em detalhes. Os resultados demonstram a importância e eficácia das parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) como membros essenciais da força de trabalho na Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH, na sigla em inglês). Elas têm sido determinantes no esforço de fomentar um progresso tangível na direção dos vários objetivos e metas da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

Diante das restrições relacionadas à Covid-19 e dos sistemas de saúde sobrecarregados, as parteiras se tornaram ainda mais vitais no atendimento às necessidades de saúde sexual e reprodutiva de mulheres e adolescentes. Elas merecem ser celebradas por seu trabalho corajoso e muitas vezes perigoso durante a crise, o que ajudou a reduzir o risco de transmissão do vírus entre mulheres grávidas e seus bebês, permitindo muitos partos fora de hospitais, seja em casa ou em uma unidade de obstetrícia ou num centro de partos. Dar à luz com segurança, conforto e conveniência em casa ou em clínicas de obstetrícia comunitárias especializadas provavelmente será uma opção cada vez mais popular para mulheres grávidas e suas famílias em grande parte do mundo. Os formuladores de políticas estão reconhecendo cada vez mais os ganhos em eficácia que podem ser obtidos com o investimento em parteiras e na infraestrutura que as sustenta e apoia.

Os governos e seus parceiros devem usar o relatório Situação Mundial da Obstetrícia 2021 para orientá-los sobre como e onde a atenção e os recursos devem ser alocados para tornar isso possível. O relatório revela uma necessidade global do equivalente a 1,1 milhão a mais de trabalhadores na SRMNAH em tempo integral, principalmente parteiras e especialmente na África. Também diz que todos os países precisam melhorar a educação e a implantação desses grupos de ocupação para atender à demanda até 2030. As decisões também devem ser embasadas por outros resultados de pesquisas importantes, como o fato de que quando totalmente treinadas, licenciadas e integradas em uma equipe interdisciplinar, as parteiras podem atender cerca de 90% das necessidades de intervenções essenciais de SRMNAH ao longo da vida. Atualmente, no entanto, as parteiras representam apenas 8% da força de trabalho global em SRMNAH. Aumentar essa porcentagem, bem como o número geral de parteiras, pode ser transformador. A cobertura universal das intervenções realizadas por parteiras poderia evitar dois terços das mortes maternas e neonatais e de bebês natimortos, permitindo que 4,3 milhões de vidas sejam salvas anualmente até 2035.

Não há melhor incentivo para alçar as parteiras a uma posição mais importante em todos os sistemas de saúde e garantir que elas sejam treinadas, protegidas e tratadas como profissionais valorosas que são.

Amina Mohammed
Vice Secretária-Geral Adjunta das Nações Unidas

Sumário executivo

A Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH, na sigla em inglês) é um componente essencial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Melhorar a SRMNAH requer maior compromisso e investimento na força de trabalho em saúde. Este relatório concentra-se principalmente nas parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) porque elas desempenham um papel fundamental dentro da força de trabalho mais ampla em SRMNAH.

Seguindo o princípio de universalidade dos ODS, o relatório Situação Mundial da Obstetrícia 2021 (SoWMy 2021) representa um esforço sem precedentes para documentar toda a força de trabalho em SRMNAH em todo o mundo. Essa abordagem reconhece que não apenas os países de baixa renda lutam para atender às necessidades e expectativas, especialmente nestes tempos difíceis, e que existem muitos caminhos para melhorar a SRMNAH: exemplos de boas práticas podem ser encontrados em todos os países, e todos os países devem ser chamados à responsabilidade.

O desenvolvimento e o lançamento do relatório SoWMy 2021 foram liderados pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Confederação Internacional de Parteiras (ICM, na sigla em inglês), com o apoio de 32 organizações. Ele se baseia em relatórios anteriores da série SoWMy em 2011 e 2014 e inclui muitos países não rastreados anteriormente.

A escassez global de trabalhadores na SRMNAH

Em muitos países, o planejamento da força de trabalho e a avaliação da capacidade dessa força de trabalho de atender às necessidades de serviços de saúde são dificultados por sistemas de dados insuficientes sobre a força de trabalho na área da saúde. Com base nos dados disponíveis, o relatório SoWMy 2021 estima que, com sua atual composição e distribuição, a força de trabalho na SRMNAH do mundo poderia atender 75% das necessidades mundiais de cuidados essenciais de saúde. No entanto, em países de baixa renda, a força de trabalho poderia atender apenas 41% das necessidades. O potencial para atender às necessidades é menor nas regiões da OMS da África e do Mediterrâneo Oriental.

A análise do relatório SoWMy 2021 indica uma atual escassez global, baseada em tais necessidades, de 1,1 milhão de trabalhadores da "força de trabalho equivalente em SRMNAH" (DSE, na sigla em inglês). Há escassez de todos os tipos de trabalhadores em SRMNAH, mas a maior escassez (900.000) é de parteiras e de toda a força de trabalho de obstetrícia. O investimento é urgentemente necessário para resolver esta escassez.

Nas taxas atuais, a força de trabalho em SRMNAH está projetada para ser capaz de atender a 82% das necessidades até 2030: apenas uma pequena melhoria em relação aos atuais 75%. Segundo projeções, a lacuna entre os países de baixa renda e os de alta e média renda aumentará até 2030, ampliando a desigualdade.

Para preencher totalmente a lacuna até 2030, 1,3 milhão de novos postos de trabalho para profissionais DSE (principalmente parteiras e principalmente na África) precisam ser criados nos próximos 10 anos. Nas taxas atuais, espera-se que apenas 0,3 milhão deles sejam criados, deixando

Lucia Sumani, estudante de obstetrícia no Hospital Distrital de Balaka (Malawi), realiza um exame pré-natal. © Fundação Bill e Melinda Gates/Paul O'Driscoll.

uma escassez projetada de 1 milhão de postos até 2030, dos quais 750.000 serão parteiras.

Além dessas carências, as evidências apontam para a necessidade de investir na melhoria da qualidade do atendimento e na redução da incidência de desrespeito e maus tratos às usuárias dos serviços de SRMNAH.

Por que investir em parteiras?

Desde o primeiro relatório SoWMy em 2011, o conjunto de evidências que demonstra o retorno sobre o investimento em parteiras cresceu. Isso indica que investir em parteiras facilita experiências positivas de parto e serviços de aborto abrangentes, seguros e eficazes, melhora os resultados de saúde, amplia a oferta de trabalho, favorece o crescimento inclusivo e igualitário, facilita a estabilização econômica, podendo ter um impacto macroeconômico positivo.

A pandemia Covid-19 trouxe à tona a importância de se investir na atenção básica à saúde para atender às necessidades de saúde da população. As parteiras são prestadoras essenciais de cuidados de saúde básicos e podem desempenhar um papel crucial nesta área, bem como em outros níveis do sistema de saúde: além dos cuidados de maternidade, fornecem uma ampla gama de intervenções clínicas e contribuem para objetivos de saúde mais amplos, tais como abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos, promovendo intervenções de autocuidado e empoderando mulheres e meninas adolescentes.

A análise neste relatório indica que parteiras totalmente treinadas, licenciadas e integradas, com o apoio de equipes interdisciplinares e um ambiente propício, podem fornecer cerca de 90% das intervenções essenciais de SRMNAH ao longo da vida, mas representam menos de 10% da força de trabalho global de SRMNAH.

São necessários investimentos ambiciosos

Para que as parteiras atinjam seu potencial, é necessário um maior investimento em quatro áreas principais: educação e treinamento; planejamento, gestão e regulamentação da força de trabalho em saúde e do ambiente de trabalho; liderança e governança; e prestação de serviços. A Figura 1 mostra um resumo dos investimentos necessários em cada uma dessas áreas.

Esses investimentos devem ser considerados em nível nacional, regional e global por governos, formuladores de políticas, autoridades regulatórias, instituições de ensino, associações profissionais, organizações internacionais, parcerias globais, agências doadoras, organizações da sociedade civil e pesquisadores.

A necessidade de investir na produção e alocação de trabalhadores na saúde – SRMNAH – não se limita a países com uma escassez de acordo com

Uma parteira realiza um check-up de pré-natal no Centro de Atenção Primária à Saúde de Akwanga, Estado de Nasarawa, Nigéria.
© Gates Archive/Nelson Owoicho.

as necessidades. Prevê-se que muitos países, inclusive alguns países de alta renda, terão trabalhadores de SRMNAH insuficientes para atender à demanda até 2030.

A necessidade de parteiras e a força de trabalho mais ampla em SRMNAH

Globalmente, 6,5 bilhões de horas de trabalho em SRMNAH teriam sido necessárias para atender a todas as necessidades de cuidados essenciais de SRMNAH em 2019. Isso deve aumentar para 6,8 bilhões de horas até 2030. Pouco mais da metade (55%) da necessidade é por intervenções de saúde materna e neonatal (pré-natal, parto e pós-parto), 37% é por outras intervenções de saúde sexual e reprodutiva, tais como serviços de orientação, contraceptivos, atenção abrangente ao aborto, e detecção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, sendo 8% a necessidade de intervenções em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes.

Entre os fatores que impedem a força de trabalho em SRMNAH de atender a todas as necessidades, pode-se citar: números insuficientes, combinação de habilidades ineficientes, distribuição desigual, níveis variados e qualidade de programas de educação e treinamento, educadores qualificados limitados (inclusive para supervisão e mentoria) e regulamentação eficaz limitada.

A Covid-19 reduziu a disponibilidade da força de trabalho. O acesso aos serviços de SRMNAH precisa ser priorizado e fornecido em um ambiente seguro, apesar da pandemia. Os trabalhadores da SRMNAH precisam de proteção contra infecções, apoio para lidar com estresse e trauma e soluções criativas/inovadoras para os desafios de fornecer educação e serviços de alta qualidade.

Igualdade de acesso à força de trabalho em SRMNAH

Mesmo onde os dados da força de trabalho estão disponíveis, eles raramente são totalmente desagregados por características importantes, como gênero, grupo de ocupação e localização geográfica, tornando difícil identificar e lidar com as lacunas na prestação de serviços.

Alguns grupos populacionais correm o risco de ter seu acesso aos trabalhadores de SRMNAH restrito devido a características como idade,

FIGURA 1 **Resumo dos investimentos necessários para permitir que as parteiras atinjam seu potencial**

INVESTIR EM
Planejamento, gestão e regulamentação da força de trabalho em saúde e no ambiente de trabalho

- Sistemas de dados da força de trabalho de saúde
- Abordagens de planejamento da força de trabalho em saúde que reflitam a autonomia e o escopo profissional das parteiras
- Atenção à saúde básica, especialmente em áreas carentes
- Ambientes de trabalho capacitadores e transformadores de gênero
- Sistemas regulatórios eficazes

INVESTIR EM
Educação e treinamento de alta qualidade para parteiras

- Educadores e instrutores
- Instituições de educação e treinamento

INVESTIR EM
Melhorias lideradas por parteiras na prestação de serviços de SRMNAH

- Comunicações e parcerias
- Modelos de atendimento conduzidos por parteiras
- Funções otimizadas para parteiras
- Aplicação das lições da Covid-19

INVESTIR EM
Liderança e governança da obstetrícia

- Criação de cargos de parteira sênior
- Fortalecimento da capacidade institucional das parteiras a fim de impulsionar os avanços nas políticas de saúde

pobreza, localização geográfica, deficiência, etnia, conflito, orientação sexual, identidade de gênero e religião. As vozes dos usuários dos serviços são essenciais para compreendermos os fatores que influenciam seu comportamento de busca por atendimento.

Os grupos "deixados para trás" requerem atenção especial de maneira a garantir que possam ter acesso a cuidados de profissionais qualificados. A força de trabalho de SRMNAH requer uma política e um ambiente de trabalho que lhe dê apoio, bem como educação e treinamento, para compreender e atender às necessidades específicas desses grupos e, assim, fornecer cuidados de qualidade que sejam acessíveis e aceitáveis para todos.

Capacitando e empoderando a força de trabalho em SRMNAH

A força de trabalho em saúde é em média 70% mulheres, com diferenças de gênero por ocupação. A função de parteira tem maior probabilidade de ser exercida por mulheres; elas sofrem com disparidades de gênero consideráveis no que tange a salários, planos de carreira e poder de tomada de decisão.

Apenas metade dos países relatores têm líderes parteiras em seu Ministério da Saúde. Oportunidades limitadas para as parteiras ocuparem cargos de liderança e a escassez de mulheres que sejam modelos em posições de liderança impedem o avanço na carreira das parteiras, reduzindo sua capacidade de trabalhar usando todo o seu potencial.

O acesso a um trabalho decente e livre de estigma, violência e discriminação é essencial para enfrentar as barreiras e os desafios relacionados ao gênero.

Todos os países precisam de políticas para prevenir ataques a profissionais de saúde.

Um ambiente de política transformadora de gênero desafiará as causas subjacentes das desigualdades de gênero, garantirá os direitos humanos, a autonomia para agir e o bem-estar dos cuidadores, tanto os remunerados quanto os não remunerados, reconhecerá o valor do trabalho em saúde e do trabalho feminino e o recompensará adequadamente.

*****

O relatório SoWMy 2021 foi preparado durante a luta do mundo com a Covid-19. Reconhecemos com gratidão os esforços significativos feitos pelas partes interessadas em muitos países para fornecer dados em face das demais prioridades, mas está claro que os sistemas de dados da força de trabalho em saúde constituíam uma limitação importante, mesmo antes da pandemia. No entanto, este relatório fornece novas evidências valiosas para instruir a política e o planejamento da força de trabalho.

Desde o primeiro relatório SoWMy em 2011, houve muito progresso na obstetrícia, inclusive maior reconhecimento da importância da qualidade do atendimento, diversos sistemas de credenciamento para instituições de educação de profissionais de saúde e maior reconhecimento da obstetrícia como uma profissão distinta. Por outro lado, muitas das questões destacadas nos dois relatórios SoWMy anteriores continuam sendo preocupantes, tais como escassez de mão de obra, ambiente de trabalho inadequado, educação e treinamento de baixa qualidade, e limitações nos dados da força de trabalho em saúde.

Os governos e as partes interessadas relevantes são instados a usar o relatório SoWMy de 2021 para subsidiar seus esforços a fim de se recuperar da pandemia melhor e de forma mais justa, forjando sistemas mais fortes de atenção à saúde básica como um caminho para a cobertura universal de saúde e promovendo um mundo mais igualitário para todos. Espera-se que a pandemia seja um catalisador de mudanças, dado o perfil elevado dos profissionais de saúde. O relatório SoWMy de 2021 pode ajudar a fazer isso acontecer.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Os intensos esforços nacionais, apoiados por uma série de parcerias globais, resultaram em um grande progresso nas últimas duas décadas na redução da mortalidade materna e neonatal e na melhoria da saúde e do bem-estar das mulheres[1], dos recém-nascidos e adolescentes (1). Mas o progresso tem sido desigual e muitos ainda estão sendo deixados para trás. As estimativas globais apontam para aproximadamente 810 mortes maternas todos os dias (2), um natimorto a cada 16 segundos (3) e 2,4 milhões de mortes de recém-nascidos a cada ano (4), enquanto quase uma em cada cinco mulheres dá à luz sem assistência de um profissional de saúde qualificado (5). Estima-se que 218 milhões de mulheres em todo o mundo têm necessidades não atendidas de contracepção moderna (6) e pelo menos 10 milhões de gestações não-intencionais ocorrem a cada ano entre adolescentes de 15 a 19 anos de idade em países de baixa e média renda (7). Os dados emergentes de 2020 estão começando a revelar os efeitos devastadores da Covid-19 nesses e em outros indicadores-chave de Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH) (8). A resposta e a recuperação da pandemia devem priorizar o atendimento das necessidades de SRMNAH de mulheres, recém-nascidos, crianças, adolescentes e famílias.

Os objetivos de "sobreviver, prosperar e transformar" da Estratégia Global do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016–2030) (9) visam não apenas a reduzir as mortes evitáveis, mas também a transformar sociedades para que mulheres, crianças e adolescentes em todos os lugares possam efetivar seus direitos nos mais altos padrões de saúde e bem-estar possíveis. A SRMNAH é um componente essencial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente o ODS 3: "garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos em todas as idades" e o ODS 5: "alcançar a igualdade de gênero e empoderar mulheres e meninas" (10). Tanto a Estratégia Global quanto os ODS têm como base os imperativos de "não deixar ninguém para trás" e "alcançar primeiro os que estão mais para trás" (11).

Sistemas de saúde resilientes baseados em cuidados de saúde básica são vitais para a saúde e o bem-estar de todas as mulheres, de recém-nascidos e adolescentes. A Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde enfatiza que sem uma força de trabalho de saúde eficaz nenhum sistema de saúde é viável e a cobertura universal de saúde (UHC, na sigla em inglês) não pode ser alcançada (12). O atendimento em SRMNAH de alta qualidade requer uma força de trabalho competente, instruída, motivada e bem apoiada.

PRINCIPAIS MENSAGENS

- **A Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH) é um componente essencial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Melhorar a SRMNAH requer maior compromisso e investimento na força de trabalho em saúde.**
- **Este relatório se concentra principalmente nas parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) porque elas desempenham um papel fundamental dentro da força de trabalho mais ampla da SRMNAH. Elas podem fornecer intervenções de SRMNAH mais essenciais ao longo da vida se puderem operar dentro de um sistema de saúde e ambiente de trabalho que permita isso plenamente.**
- **Com base nos relatórios de 2011 e 2014, o relatório da Situação Mundial da Obstetrícia 2021 (SoWMy 2021) representa um esforço sem precedentes para documentar toda a força de trabalho em SRMNAH em todo o mundo e inclui muitos países não monitorados anteriormente.**
- **Os efeitos devastadores da Covid-19 estão destacados ao longo deste relatório. Os governos e as partes interessadas relevantes são orientados a usar o relatório SoWMy 2021 para subsidiar seus esforços a fim de superar a pandemia, tornando-se melhores e mais justos.**

1 O relatório Situação Mundial da Obstetrícia reconhece que as pessoas têm identidades de gênero diferentes. Termos como "pessoa grávida" ou "pessoa gestante", entre outros, podem ser utilizados para evitar a associação do gênero feminino com a pessoa que vai dar à luz. No entanto, como as mulheres também são marginalizadas e oprimidas na maior parte do mundo, continuamos a usar os termos "mulher", "mãe" e "maternidade". A escolha dessas palavras não implica que excluamos pessoas que dão à luz e não se identificam como mulheres.

O relatório Situação Mundial da Obstetrícia de 2014 (SoWMy 2014) e os subsequentes relatórios regionais e nacionais (Quadro 1.1) levaram a alguns avanços substanciais, compromissos políticos e realizações em vários países (13). No entanto, é preciso fazer mais e com urgência: os ODS 3 e 5 não serão cumpridos até 2030 sem um maior compromisso e investimento em educação, recrutamento, implantação, retenção e gestão de parteiras e outros trabalhadores na SRMNAH.

> As parteiras desejam trabalhar em ambientes do sistema de saúde que lhes permitam prestar cuidados de qualidade e não criem barreiras para os cuidados eficazes de obstetrícia.
>
> *Associação de parteiras*

O relatório SoWMy de 2021 foi preparado durante a luta do mundo contra a Covid-19. A coleta e validação de dados foram severamente prejudicadas pela necessidade dos ministérios da saúde de se concentrarem na resposta à pandemia. Reconhecemos com gratidão os esforços significativos feitos pelas partes interessadas em muitos países para fornecer dados em face das prioridades concomitantes, mas está claro que os sistemas de dados da força de trabalho em saúde eram uma limitação importante, mesmo antes da pandemia. No entanto, este relatório fornece novas evidências valiosas para subsidiar a política e o planejamento da força de trabalho.

Seguindo o princípio de universalidade dos ODS, o relatório SoWMy de 2021 representa um esforço sem precedentes para documentar a força de trabalho de SRMNAH de todo o mundo e, portanto, inclui muitos países não monitorados anteriormente. Esta nova abordagem reconhece que não apenas os países de baixa renda lutam para atender às necessidades e expectativas, especialmente nestes tempos difíceis, e que existem muitos caminhos para melhorar a SRMNAH: exemplos de boas práticas podem ser encontrados em todos os países, e todos os países deveriam ser responsabilizados.

A força de trabalho na SRMNAH e o papel crucial das parteiras

Este relatório concentra-se principalmente nas parteiras, mas para compreender seu papel essencial é necessário também definir e considerar seu lugar dentro da força de trabalho em SRMNAH. O relatório SoWMy de 2021 usa definições internacionais para permitir a comparação entre regiões e países e o sistema de Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO) para classificar a força de trabalho em SRMNAH em grupos de ocupações com base em suas funções e responsabilidades (14) (Tabela 1.1). Nem todas essas ocupações existem em todos os países, mas onde existem e onde há dados disponíveis, são incluídas na análise. As definições de cada grupo podem ser encontradas no *Webappendix* 1. Os grupos sombreados na Tabela 1.1 indicam grupos considerados como parte da "força de trabalho mais ampla da obstetrícia" neste relatório.

Como em relatórios SoWMy anteriores, as parteiras tradicionais não estão incluídas porque, embora

QUADRO 1.1

Relatórios Anteriores da Situação Mundial da Obstetrícia

O primeiro relatório SoWMy,"Delivering Health, Saving Lives" [Cuidando da Saúde, Salvando Vidas] (23), foi lançado no Congresso Trienal da ICM em 2011. Foi uma resposta à Chamada Global à Ação emitida no Simpósio sobre Fortalecimento da Obstetrícia na Conferência "Women Deliver" de 2010 e alinhou a obstetrícia com a Estratégia Global para a Saúde da Mulher e da Criança. O relatório forneceu uma análise abrangente dos serviços de obstetrícia, educação, regulamentação, implantação e condições de serviço em 58 países com altos níveis de mortalidade materna e neonatal.

O segundo relatório, Um Caminho Universal. O Direito da Mulher à Saúde (24), forneceu uma base de evidências e uma análise detalhada do progresso e dos desafios envolvidos na prestação de cobertura eficaz de serviços de obstetrícia de alta qualidade em 73 países que coletivamente representaram mais de 95% da carga global de morte materna, mortes de recém-nascidos e crianças. Lançado no 30º Congresso Trienal do ICM em 2014, o relatório provou ser uma ferramenta valiosa de defesa da causa e fonte de informações (13).

Também houve quatro relatórios regionais SoWMy (25-28) e vários países conduziram individualmente suas próprias avaliações da força de trabalho.

assistam a uma proporção significativa dos partos em alguns países e possam desempenhar um papel no envolvimento e apoio da comunidade (15), muitas não têm educação formal, nem são treinadas ou regulamentadas. Os trabalhadores de saúde comunitários, no entanto, estão incluídos em um relatório SoWMy pela primeira vez. Embora sejam definidos de várias maneiras e tenham competências diferentes, eles desempenham um papel importante em muitos países ao fornecer um pequeno número de intervenções essenciais de SRMNAH. É importante notar que as parteiras e enfermeiras comunitárias profissionalmente qualificadas são distintas dos trabalhadores comunitários de saúde.

Sobre este relatório

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) liderou o desenvolvimento e o lançamento do relatório SoWMy de 2021 em parceria com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Confederação Internacional de Parteiras (ICM, na sigla em inglês), com o apoio de 33 organizações. A Novametrics gerenciou o secretariado e liderou

TABELA 1.1

Grupos de ocupações considerados parte da força de trabalho em SRMNAH *

GRUPO DE OCUPAÇÃO	CÓDIGO CIUO	EXEMPLOS
Profissionais de obstetrícia	2222	Parteira profissional, técnica em obstetrícia, parteira/obstetriz
Profissionais de enfermagem com formação em obstetrícia	2221	Enfermeira(o) obstétrica(o), enfermeira perinatal, enfermeira de maternidade
Profissionais de enfermagem	2221	Enfermeira(o) padrão, enfermeira(o) comunitária(o), enfermeira(o) anestesista, enfermeira(o) de clínica geral, enfermeira(o) de centro cirúrgico, enfermeira(o) profissional, enfermeira(o) de saúde pública, enfermeira(o) especialista
Profissionais associados de obstetrícia	3222	Parteira assistente, parteira auxiliar
Profissionais associados de enfermagem com treinamento em obstetrícia	3221	Auxiliar de enfermagem obstétrica
Profissionais associados de enfermagem	3221	Enfermeira(o) assistente, enfermeira(o) profissional associada, enfermeira(o) credenciada(o), prática(o) de enfermagem, enfermeira(o) auxiliar
Obstetras e ginecologistas	2212	Obstetra, ginecologista
Pediatras	2212	Pediatra
Clínicos gerais	2211	Médico de família, clínico geral, médico (geral), médico de carreira militar (geral), médico (geral), médico de cuidados básicos
Praticantes paramédicos	2240	Paramédico de cuidados avançados, agente de carreira militar (paramédico), feldscher [assistente de médico], paramédico de cuidados básicos, técnico em cirurgia, "MEDEX" [formado em programa de treinamento médico especial]
Assistentes médicos	3256	Assistente clínico, assistente médico
Agentes comunitários de saúde	3253	Assessor de saúde comunitário, promotor de saúde comunitário, trabalhador de saúde comunitário, trabalhador de saúde de aldeia

* Esta lista não é exaustiva; entre outros grupos de ocupação em SRMNAH há ainda nutricionistas, anestesistas, farmacêuticos e fisioterapeutas. No entanto, esses grupos (a) são considerados necessários para a prestação das intervenções essenciais de SRMNAH listadas na Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, e (b) são identificados na plataforma de Contas Nacionais de Força de Trabalho da OMS.

Fonte: adaptado da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações CIUO -08 (14) da Organização Internacional do Trabalho.

a análise de dados, a redação e a produção deste relatório com o apoio do UNFPA, da OMS, do Burnet Institute, da ICM, da Universidade de Southampton e de Jamia Hamdard.

O relatório SoWMy de 2021 baseia-se em relatórios anteriores desta série (Quadro 1.1) e no relatório Situação Mundial da Enfermagem 2020 (16). Está alinhado com os ODS e outros compromissos e recomendações políticas, inclusive aqueles do Alto Comissariado das Nações Unidas sobre Emprego na Saúde e Crescimento Econômico (17). A Figura 1.1 destaca os principais marcos da força de trabalho e da obstetrícia em SRMNAH de 2011 a 2020.

Para minimizar a carga dos esforços de coleta de dados sobre os países, foram usados dois mecanismos principais de relatório de dados: a plataforma das Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde da OMS (CNFTS) (18) e a Pesquisa Global do Mapa das Associações de Parteiras da ICM (19). A plataforma CNFTS, estabelecida em outubro de 2017 como o sistema de notificação oficial da OMS para estatísticas da força de trabalho em saúde, é atualizada continuamente com dados validados pelo governo e devidamente verificados. A pesquisa da ICM foi complementada por associações profissionais de parteiras (ou, em países sem tal associação, pelo

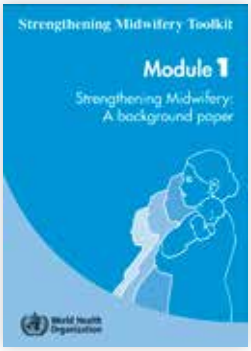
FIGURA 1.1 **Principais marcos globais da força de trabalho e obstetrícia em SRMNAH, 2011-2020**

2011

Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia, resolução WHA64.7 (64ª Assembleia Mundial da Saúde): A OMS obriga-se a apoiar os Estados Membros no desenvolvimento de planos e metas, na implementação de equipes interdisciplinares de força de trabalho em saúde e no fortalecimento da coleta de dados.

SoWMy 2011: "Delivering Health, Saving Lives"

Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia (OMS): nove módulos destacam especificamente o fortalecimento do papel central e da função da parteira profissional na prestação de cuidados de SRMNAH de alta qualidade.



2014

SoWMy 2014: Um Caminho Universal. O Direito da Mulher à Saúde

Orientação Abrangente do Programa de Obstetrícia: desenvolvida pelo UNFPA em colaboração com parceiros para auxiliar na ampliação e/ou no fortalecimento dos programas de obstetrícia em âmbito nacional.

Serie da revista *The Lancet* sobre obstetrícia: quatro artigos atualizam os principais aspectos da obstetrícia, oferecendo uma estrutura baseada em evidências centrada nas necessidades das mulheres e de seus recém-nascidos e demonstrando o papel fundamental das parteiras na redução da mortalidade materna e perinatal.

Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia, resolução WHA67.24 (67.ª Asamblea Mundial de la Salud): Os Estados Membros renovam seus compromissos com a cobertura universal de saúde (UHC, na sigla em inglês) e solicitam ao Diretor-Geral que desenvolva uma nova estratégia global para recursos humanos em saúde.

2015

Realizando uma avaliação da força de trabalho em SRMNAH (H4+): orientação para apoiar os países a coletar, compreender, apresentar e usar dados da força de trabalho em SRMNAH para políticas e planejamento.

Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2016–2030): os objetivos são alcançar o mais alto padrão possível de saúde para todas as mulheres, crianças e adolescentes, transformar o futuro e garantir que cada recém-nascido, mãe e criança não apenas sobreviva, mas prospere.

2016

Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030 (OMS): voltada principalmente para planejadores e formuladores de políticas, é relevante para todas as partes interessadas na força de trabalho em saúde.

Orientações estratégicas globais para o fortalecimento da enfermagem e obstetrícia, 2016–2020 (OMS): identifica quatro áreas de foco estratégico: educação e treinamento, liderança e governança, colaboração interdisciplinar e vontade política para o desenvolvimento da força de trabalho.

Vozes das Parteiras, Realidade das Parteiras (OMS): 2.470 parteiras em 93 países descrevem as barreiras que enfrentam para prestar cuidados com respeito e de alta qualidade para mulheres, recém-nascidos e suas famílias.

Marla E. Kristian examina Meliana, em Macasar (Indonésia).
© Fundação Bill e Melinda Gates/Prashant Panjiar.

escritório nacional do UNFPA) e validada pelas autoridades nacionais competentes. Entre outras fontes de dados, foi incluída uma Pesquisa de Políticas da OMS (20). Este é um processo de coleta de dados diferente daquele usado em relatórios SoWMy anteriores, que restringe a extensão em que podemos analisar as tendências da força de trabalho ao longo do tempo. Detalhes completos da coleta de dados podem ser encontrados no *Webappendix* 2.

Todos os 194 Estados Membros da OMS eram elegíveis para inclusão no relatório SoWMy 2021 e todos enviaram pelo menos um item de dados que é apresentado neste relatório. Cada análise é baseada em um número diferente de países, refletindo os diferentes níveis de disponibilidade de dados para indicadores individuais. Cada tabela e figura mostra o número de países declarantes; O *Webappendix* 4 mostra quais países forneceram dados para cada parte da análise.

A primeira parte deste relatório enfoca especificamente as parteiras, dado o papel único e central que elas desempenham não apenas na assistência ao parto e nascimento, mas em todo o continuum da assistência em SRMNAH. O Capítulo 2 mostra por que os países deveriam investir mais em parteiras, e o Capítulo 3

Confederação Internacional de Parteiras: A CIP (ou ICM, na sigla em inglês) publica suas orientações estratégicas para o triênio 2017-2020, com foco em qualidade, igualdade e liderança.

2017

Estratégia Mundial de Obstetrícia 2018–2030 (UNFPA): desenvolvida para fazer avançar o cumprimento do ODS 3, a estratégia visa a ajudar a reduzir a Razão de Mortalidade Materna global para menos de 70 mortes por 100.000 bebês nascidos vivos até 2030.

2018

Atualização de competências essenciais para a prática da obstetrícia 2018 (ICM): descreve o conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e comportamentos profissionais necessários para usar a designação de parteira conforme definido pela ICM.

Fortalecimento da educação em obstetrícia para cobertura universal de saúde 2030: estrutura para ação: desenvolvida pela OMS, UNFPA, UNICEF e ICM, o relatório inclui um plano de ação de sete etapas para uso por todas as partes interessadas na saúde materna e neonatal.

2019

Atualização de competências essenciais para a prática obstétrica 2019 (ICM): inclui o papel das parteiras na prevenção, detecção e estabilização de complicações.

Ano Internacional da Enfermeira e da Parteira (declarado pela Assembleia Mundial da Saúde).

Situação Mundial da Enfermagem em 2020: *Investindo em Educação, Empregos e Liderança.*

2020

8ª Reunião da Tríade OMS-ICM-ICN: os participantes se comprometem a apoiar os países no desenvolvimento e na implementação de 10 ações prioritárias para o avanço das agendas de enfermagem e obstetrícia em resposta à pandemia de Covid-19 e para a realização da cobertura universal de saúde.

73ª Assembleia Mundial da Saúde: declarou 2021 como o Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores.

Impacto do artigo sobre parteiras no The Lancet Global Health: estudo liderado pela ICM, UNFPA e OMS, fornece novas estimativas sobre o potencial das parteiras para reduzir a mortalidade materna e neonatal e bebês natimortos .

apresenta dados sobre o progresso e as barreiras/os desafios relacionados à educação, regulamentação e legislação da obstetrícia. O Capítulo 4 avalia a necessidade e disponibilidade de parteiras e outros trabalhadores em SRMNAH em âmbito global e regional e por grupo de renda, e o Capítulo 5 concentra-se na igualdade de acesso à força de trabalho em SRMNAH. O Capítulo 6 considera como habilitar e empoderar a força de trabalho em SRMNAH, destacando uma série de questões relacionadas ao gênero, inclusive liderança e trabalho decente. Por fim, o Capítulo 7 avalia o progresso desde o relatório SoWMy 2011 e estabelece ações para garantir que as parteiras desempenhem um papel central nas equipes interdisciplinares necessárias para a prestação de um atendimento integrado de alta qualidade em SRMNAH.

Perfis de país de duas páginas do relatório SoWMy de 2021 (consulte https://unfpa.org/sowmy) fornecem dados detalhados em âmbito nacional sobre a força de trabalho em SRMNAH e o ambiente em que auta.

Os efeitos devastadores da Covid-19 nas mulheres, nos recém-nascidos e adolescentes, bem como na força de trabalho em SRMNAH, são destacados ao longo deste relatório. Os profissionais de saúde têm demonstrado grande comprometimento apesar do aumento dos riscos à própria saúde devido às inúmeras deficiências na gestão da força de trabalho em saúde (21). Os governos e as partes interessadas relevantes são instados a usar o relatório SoWMy de 2021 para subsidiar seus esforços na recuperação integral pós- pandemia, forjando sistemas mais fortes de atenção básica à saúde como um caminho para a cobertura universal de saúde e promovendo um mundo mais justo para todos (22). Espera-se que a pandemia seja um catalisador de mudanças, dado o perfil elevado dos profissionais de saúde. O relatório SoWMy de 2021 pode ajudar a fazer isso acontecer.

Equipe de obstetrícia, enfermagem e médica e alunos em uma reunião de equipe no Hospital Labasa (Fiji). © Felicity Copeland.

PARTEIRAS: UM INVESTIMENTO VITAL

CAPÍTULO 2

As parteiras (enfermeiras/os obstétricas/os e obstetrizes) fazem muitas intervenções clínicas essenciais de SRMNAH, podendo desempenhar um papel mais amplo em atividades como promover atenção primária à saúde e cobertura universal de saúde, respondendo à violência contra as mulheres e abordando os direitos sexuais e reprodutivos (29). Também podem ser um ponto de contato na comunidade para serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclusive contracepção, atenção abrangente ao aborto e triagem e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, papilomavírus humano e violência praticada por parceiros íntimos. As parteiras desempenham um papel vital na ressuscitação de recém-nascidos, promovendo a amamentação e apoiando a mãe e a família nos cuidados com o bebê. As parteiras também apoiam e promovem intervenções de autocuidado, por exemplo, autogestão de suplementos nutricionais e automonitoramento de glicose e pressão sanguínea durante a pré-gravidez e nos períodos pré e pós-parto, podendo apoiar o aborto medicamentoso autogerido. As parteiras eventualmente auxiliam na implementação de abordagens baseadas em direitos e transformadoras de gênero para mulheres vivendo com HIV, além de atuar a favor da prevenção da mutilação genital feminina e outras práticas nocivas.

Além de suas funções clínicas, as parteiras também trabalham em instituições de ensino, gestão, políticas públicas, pesquisa, regulamentação, associações de parteiras e governo. É importante contabilizar e valorizar as parteiras que atuam nessas áreas, pois estas são de fundamental importância para o desenvolvimento da profissão. O fortalecimento da obstetrícia em âmbito nacional requer investimentos em vários níveis, inclusive aqueles que educam e apoiam as parteiras na prática clínica e garantem a prestação de cuidados de alta qualidade.

Impacto das parteiras

A análise conduzida como parte do relatório SoWMy 2021 mostrou que as parteiras podem ajudar a reduzir substancialmente a mortalidade materna e neonatal e de bebês natimortos em países de baixa e média renda. Essa análise dos 88 países que respondem pela grande maioria das mortes maternas e neonatais e de bebês natimortos do mundo mostrou que um aumento significativo na cobertura de intervenções feitas por parteiras (aumento de 25% a cada cinco anos até 2035) poderia evitar 40% de mortes maternas e de recém-nascidos e 26% de bebês natimortos (30). Mesmo um aumento modesto (10% a cada cinco anos) no alcance das intervenções realizadas por parteiras poderia evitar 23% das mortes maternas e neonatais e 14% dos bebês natimortos. A cobertura universal das intervenções realizadas por parteiras evitaria 65% das mortes maternas e neonatais e de bebês natimortos.

PRINCIPAIS MENSAGENS

- As parteiras, quando instruídas, licenciadas e totalmente integradas e apoiadas por equipes interdisciplinares e em um ambiente propício, podem fornecer uma ampla gama de intervenções clínicas e contribuir para objetivos de saúde mais amplos, tais como promover a atenção básica à saúde, abordar os direitos sexuais e reprodutivos, incentivar intervenções de autocuidado e empoderamento das mulheres.
- As parteiras desempenham um papel vital na prevenção de mortes maternas e neonatais e de bebês natimortos: aumentar o acesso a parteiras competentes e regulamentadas poderia salvar milhões de vidas a cada ano.
- Investir em parteiras se torna óbvio quando se pensa na ampla gama de contribuições que elas podem trazer para a SRMNAH e em objetivos de saúde mais amplos.
- As evidências indicam que investir em parteiras facilita experiências positivas de parto, melhora os resultados de saúde, aumenta a oferta da força de trabalho, favorece o crescimento inclusivo e equitativo, facilita a estabilização econômica, podendo ter um impacto macroeconômico positivo.

Os cuidados conduzidos por parteiras que incluem a continuidade de tais cuidados produzem benefícios adicionais (consulte o glossário e o Quadro 2.1). Uma análise sistemática de 15 estudos envolvendo 17.674 mães e recém-nascidos de quatro países de alta renda mostrou benefícios em termos de resultados, satisfação e possibilidade de economia de custos (31). Outra análise sistemática mostrou que as reformas organizacionais nos serviços de maternidade que promovem a continuidade do cuidado liderado pela parteira reduzem as taxas de cesárea (32).

Pesquisas anteriores através da série em obstetrícia denominada The Lancet Series on Midwifery mostrou que mais de 50 resultados de curto, médio e longo prazo que poderiam ser melhorados por meio do atendimento no âmbito da atuação de uma parteira. Isso inclui: redução da mortalidade e morbidade materna e neonatal, menos bebês natimortos e prematuros, menos intervenções desnecessárias e melhores resultados psicossociais e de saúde pública, como redução da ansiedade e aumento do uso de anticoncepcionais e imunização (33).

A maneira como as mulheres e os recém-nascidos recebem atendimento durante o parto faz diferença para os resultados de sua saúde. A estrutura e a organização dos sistemas de saúde e os contextos econômicos, sociais e culturais em que operam diferem amplamente entre os países, influenciando, por sua vez, os modelos de atenção à maternidade disponíveis para as mulheres. O Quadro de Serviços de Obstetrícia da ICM [IMC Midwifery Services Framework] (34) pode ser usado para fins de apoio ao desenvolvimento da força de trabalho.

Alguns países de baixa e média renda que já estão perto de alcançar reduções específicas em sua razão de mortalidade materna (MMR, na sigla em inglês) aumentaram significativamente o papel das parteiras como atendentes-chave para partos normais nas últimas duas décadas (42).

Apesar das restrições de recursos, 28 países de renda baixa e média-baixa reduziram sua MMR em mais de 50% entre 2000 e 2017 (2). A Figura 2.1 examina as mudanças recentes em 18 desses países que dispõem de dados: muitos aumentaram a alocação de parteiras ou enfermeiras nos partos, geralmente em instituições. Por exemplo, a MMR do Malawi caiu mais de 50% entre 2000 e 2017 (de 749 para 349 mortes por 100.000 bebês nascidos vivos), enquanto a porcentagem de nascimentos em uma unidade de saúde aumentou em 83% e a porcentagem de partos assistidos por parteiras/enfermeiras aumentou 36%. A Associação de Parteiras do Malawi citou o roteiro nacional de saúde materna e neonatal (43) como uma

QUADRO 2.1

Continuidade do cuidado liderado por parteiras

Modelos de continuidade de cuidados prestados por parteiras (MLCC, na sigla em inglês), nos quais uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas prestam assistência a uma mulher durante o período pré-natal, intraparto e pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em ambientes com programas de obstetrícia que funcionem bem (35). Em países ricos, verificou-se que os modelos de MLCC levaram a reduções nas mortes neonatais, nos nascimentos prematuros (36), partos com epidural, episiotomia ou partos instrumentais, e a aumentos no parto vaginal espontâneo e na satisfação das mulheres, sem aumento do risco de dano (31). O investimento em parteiras para atingir esses resultados tem um bom índice de custo-benefício (37, 38). A MLCC permite que cada mulher e sua parteira (ou pequena equipe de parteiras) se conheçam e construam um relacionamento baseado na confiança, igualdade, escolha consciente, tomada de decisão e responsabilidade compartilhada (39, 40). As relações são negociadas entre as partes, são dinâmicas e empoderadoras para ambas (41). As evidências atuais a favor da MLCC vêm principalmente de países ricos. A implementação e a ampliação dos modelos de MLCC de maneira sustentável requerem o enfrentamento dos desafios para a educação, regulamentação e ambientes de trabalho das parteiras descritos neste relatório. Isso pode levar a melhores resultados de saúde, não apenas para mulheres e recém-nascidos, mas também para suas famílias e sociedades.

Contribuição de Sally Pairman (ICM).

contribuição significativa para essa conquista.[2] O Quadro 2.2 descreve como o Camboja (um país de renda média-baixa) obteve resultados positivos, e também apresenta a Holanda, um país rico que tem a profissão de parteira fortemente consolidada, que continua reduzindo sua razão de mortalidade materna.

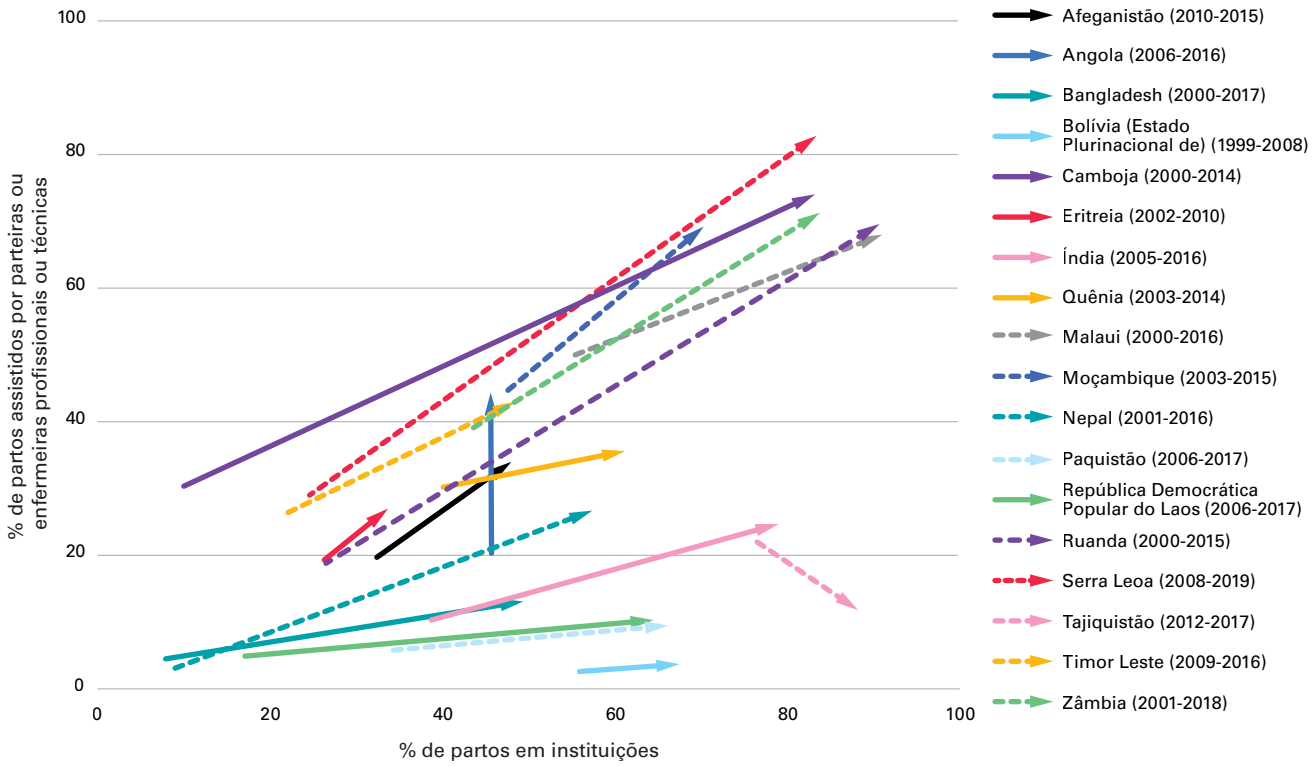
Múltiplos retornos do investimento em parteiras

Um sistema de saúde forte é essencial para alcançar a cobertura universal de saúde e garantir o progresso em direção aos ODSs. Embora a força de trabalho em saúde seja um elemento essencial do sistema de saúde, muitas vezes acaba sendo seu elo mais fraco, pois geralmente é percebido como um gerador de custos, em vez de produtor de resultados positivos sociais e de saúde. Maximizar o impacto das parteiras, melhorar a qualidade do atendimento em SRMNAH e enfrentar a escassez de força de trabalho relatada no Capítulo 4 exigirá um dispêndio financeiro significativo. Contudo, há um reconhecimento crescente de que a criação de empregos para profissionais de saúde não apenas fortalece a saúde da população, mas também fomenta o crescimento econômico sustentável e o progresso em direção a outros ODSs.

Nos últimos anos, a discussão dos benefícios econômicos e sociais mais amplos dos investimentos em saúde tem se concentrado no conceito de "cenário de investimento", argumentando a favor do investimento. O termo-chave "investimento" reflete o fato de que os benefícios de uma força de trabalho de saúde adequada superam os custos de sua educação, seu treinamento e emprego.

Apesar das evidências de que o sistema de saúde e a força de trabalho em saúde são áreas nas

FIGURA 2.1 **Mudança na % de partos em instituições e % de partos assistidos por parteiras e enfermeiras em 18 países de baixa e média baixa renda que reduziram sua Razão de Mortalidade Materna em mais de 50% entre 2000 e 2017**



Fonte: compilador de dados estatísticos do "DHS STAT" (44) e relatórios individuais de pesquisas de demografia e saúde (DHS).

2 Phoya A, Associação de Parteiras do Malawi, comunicação pessoal, 2020.

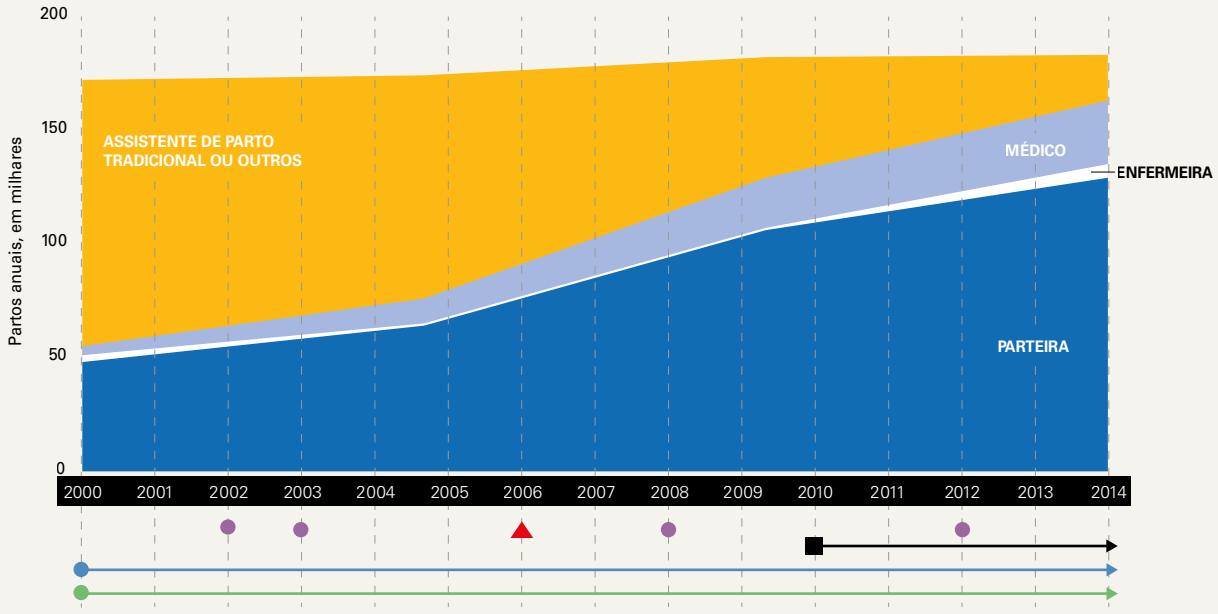
QUADRO 2.2

Investimento em parteiras no Camboja e nos Países Baixos

Camboja

Quase 1.500 unidades de saúde pública no Camboja oferecem serviços abrangentes de SRMNAH, com pelo menos uma parteira em cada unidade. As atividades de extensão são realizadas em locais de difícil acesso, com medicamentos, equipamentos e materiais essenciais sendo fornecidos às unidades de saúde. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) do Camboja caiu de 488 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 160 em 2017; a figura abaixo ilustra as políticas que foram implementadas desde 2000.

Nascimentos no Camboja, por tipo de profissional de assistência ao parto, 2000-2014



Fonte: Relatórios das pesquisas de demografia e saúde de 2000, 2005, 2010 e 2014 e World Population Prospects 2019.

AMPLIAR O ACESSO

A partir do final da década de 1990, o Camboja introduziu mecanismos que incluem vouchers e isenções de fundos de ações. O "Health Equity Fund" foi criado em 2019 para fornecer a mais de 2,4 milhões de pessoas pobres acesso gratuito a serviços em todo o país. Um auxílio monetário adicional é dado a mulheres grávidas pobres para cuidados de saúde materna e neonatal, desde a gravidez até 1.000 dias após o nascimento.

QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Os currículos de obstetrícia baseados em competências foram desenvolvidos com laboratórios clínicos, práticas clínicas e abordagens de aprendizagem baseadas em adultos, inclusive aprendizagem por simulação e baseada em cenários para alunos. O Esquema de Incentivo à Obstetrícia do Governo levou a um aumento dramático no número de nascimentos e na qualidade do atendimento nas unidades de saúde na década de 2000, contribuindo para a diminuição nas razões de mortalidade materna (45).

EDUCAÇÃO

Em 2002, foi introduzido um programa de obstetrícia pós-básica (3 anos de enfermagem mais 1 ano de obstetrícia). Em 2003, o Ministério da Saúde introduziu um curso provisório de Enfermeira Parteira Primária de 1 ano, projetado para lidar com a grave escassez de parteiras. Em 2008, o programa "Associate Degree" em obstetrícia com admissão direta e duração de 3 anos foi introduzido e, em 2012, um "BSc" (bacharelado) em obstetrícia de 4 anos com admissão direta começou a ser oferecido em escolas públicas e privadas. Um currículo intermediário entre "Associate Degree" e "BSc" produziu 50 alunas formadas.

REGULAMENTAÇÃO

Em 2006, o Conselho de Parteiras do Camboja foi estabelecido, somando-se à Associação de Parteiras do Camboja, criada em 1994. Em 2016, o licenciamento e o relicenciamento foram introduzidos a fim de proteger o título de "parteira".

DISTRIBUIÇÃO

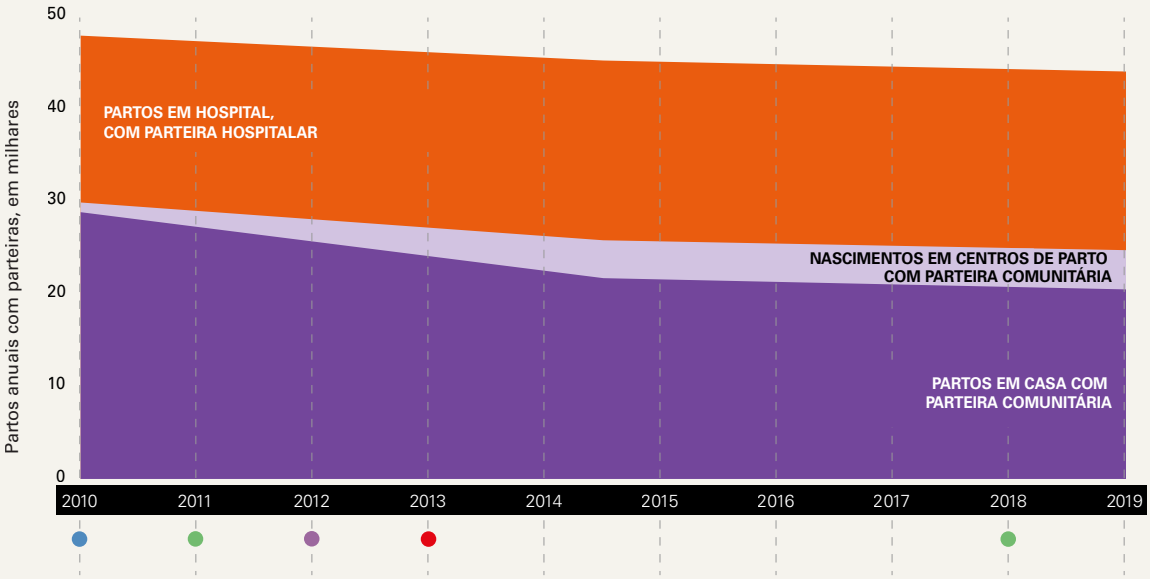
As parteiras alocadas para unidades de cuidados lideradas por parteiras aumentaram de 3.678 em 2010 para 7.128 em 2019 (além das 6.463 parteiras formadas de acordo com os antigos currículos).

Contribuição de Chea Ath (Cambodia Midwives Association) e Sokun Sok, Sopha Muong e Pros Nguon (UNFPA Camboja).

Países Baixos

As parteiras nos Países Baixos trabalham de forma independente na comunidade em clínicas de grupo ou em hospitais. As mulheres procuram uma parteira para receber os cuidados relativos a questões de maternidade. As parteiras comunitárias prestam atendimento de várias maneiras: em centros ambulatoriais de unidades de saúde, em um centro de parto, no hospital ou em casa (encaminhando para um obstetra quando necessário). As parteiras da comunidade e do hospital prestam assistência às mulheres durante partos normais nas instalações. Os partos com parteira representam agora mais de 75% de todas as mulheres que dão à luz, e as parteiras são as únicas cuidadoras em 57% (46). Apesar da razão de natalidade decrescente, a opção de receber cuidados por uma parteira, independentemente do ambiente, manteve a obstetrícia no centro do desenvolvimento do sistema de saúde no que tange à saúde materna e neonatal (46). A RMM do país caiu de 13 por 100.000 nascidos vivos em 2000 para 5 em 2017.

Partos assistidos por parteiras nos Países Baixos, por local de nascimento, 2010-2019



Fonte: Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze, Bob Radder.

EDUCAÇÃO

A educação em obstetrícia é um programa de bacharelado de 4 anos de admissão direta, que inclui o papel da parteira na saúde pública, colaboração interprofissional, tomada de decisão compartilhada e âmbito ampliado de prática, ajudando a posicionar as parteiras como parceiras fortes e autônomas no atendimento prestado a mulheres e recém-nascidos. Um curso de mestrado foi criado em 2001 para preencher a lacuna entre o bacharelado e as oportunidades de pesquisa para parteiras, e em 2010 as instituições criaram programas de doutorado.

ACESSO DAS MULHERES AO ATENDIMENTO POR UMA PARTEIRA

Para lidar com as diferenças no acesso aos cuidados, os programas "Healthy Pregnancy 4 All" e "Promising Start" foram iniciados em 2011 (47) e 2018 (48), fornecendo suporte para desafios específicos (por ex., dívida, falta de rede social, situações de risco) que as mulheres eventualmente enfrentam em circunstâncias vulneráveis, inclusive mulheres migrantes.

QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Em 2006, a organização nacional de parteiras (KNOV, na sigla original) desenvolveu um registro voluntário de qualidade ao qual a maioria das parteiras aderiu, além do registro governamental existente que protege o título de "parteira". De acordo com o sistema de monitoramento do KNOV, o atendimento pré-natal em grupo foi implementado em três consultórios obstétricos. Em 2012, 143 consultórios de obstetrícia ofereciam essa abordagem, com o objetivo de reduzir o excesso de medicalização.

AUMENTO DE PARTEIRAS DE HOSPITAL

Em 2008, 75% das 1.763 parteiras registradas trabalhavam como profissionais independentes em ambientes comunitários e 25% como parteiras em hospitais (49). Em 2012, cerca de 77% dos partos hospitalares sob a responsabilidade de um obstetra foram atendidos por parteiras do hospital e 40% foram tratados exclusivamente por uma parteira. Em 2013, havia 23 centros de parto semelhantes ao ambiente caseiro acessíveis a mulheres de baixo risco com o apoio de uma parteira comunitária. Desses centros, três eram autônomos, 14 funcionavam em unidade obstétrica e seis estavam integrados em uma unidade obstétrica.

Contribuição de Ank de Jonge, Marianne Nieuwenhuijze e Bob Radder (KNOV).

quais o investimento social é eficaz, o número de estudos que avaliam os benefícios (às vezes chamados de retorno sobre o investimento) para a força de trabalho de saúde em geral, e especificamente para parteiras, permanece limitado. Para entender melhor os diferentes tipos de benefícios produzidos por esses investimentos, a OMS examinou, analisou e sintetizou evidências sobre essa questão. Esse trabalho identificou cinco principais benefícios resultantes:

Uma parteira realiza um exame pré-natal em Mercy Yakubu no Centro de Atenção Primária à Saúde em Akwanga, estado de Nasarawa (Nigeria). © Gates Archive/Nelson Owoicho.

1. **Resultados de saúde.** Há fortes evidências de que investir em parteiras leva a melhores resultados de saúde, reduzindo as mortes maternas e neonatais e de bebês natimortos (30).

2. **Melhoria da oferta de mão-de-obra e do nível de atividade econômica.** Uma melhor oferta de parteiras contribui para o aumento da atividade econômica.

3. **Impacto macroeconômico dos gastos com saúde e profissionais de saúde.** O investimento em cuidados de saúde e profissionais de saúde produz multiplicadores significativos em todo o resto da economia. Estudos indicam que esses multiplicadores podem ser maiores do que aqueles produzidos pelo investimento em outros setores econômicos, tornando o investimento em saúde e em trabalhadores de saúde particularmente atraente, especialmente para os tomadores de decisão do setor público.

4. **Crescimento inclusivo e equitativo.** O investimento em parteiras oferece uma oportunidade de aumentar a oferta de emprego para as mulheres e a disponibilidade de trabalho decente.

5. **Estabilização econômica.** Vários estudos observam que, em uma desaceleração econômica, o número de pessoas empregadas na área de saúde tende a diminuir menos do que em outros setores. Esses gastos contínuos atuam como um estabilizador econômico em tempos difíceis e também servem para manter os padrões de atendimento.

Não existe uma abordagem "modelo único" para avaliar os benefícios e retornos sobre o investimento em profissionais de saúde, inclusive parteiras. Diferentes abordagens são possíveis, cada uma com seus próprios pontos fortes e suas limitações.

EDUCAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE PARTEIRAS PARA GARANTIR ATENDIMENTO DE ALTA QUALIDADE

CAPÍTULO 3

Educação

A educação em obstetrícia de alta qualidade é essencial para preparar as parteiras (obstetrizes e enfermeiras/os obstétricas/os) para prestar cuidados de SRMNAH de alta qualidade (50). Apesar das evidências dos benefícios produzidos pelo investimento nessa área, a educação e o treinamento em obstetrícia continuam recebendo pouco financiamento em muitos países. Existem grandes variações no conteúdo, na qualidade e duração dos programas de educação, sendo os principais desafios relacionados aos recursos e à infraestrutura que afetam negativamente a experiência de aprendizagem de estudantes e limitam as oportunidades de obter experiência prática (51-56). Pesquisas na África e no Sul da Ásia mostraram que a educação e o treinamento inadequados prejudicam significativamente a identidade profissional, a competência e confiança das parteiras como prestadoras de cuidados básicos de SRMNAH (57). No entanto, há indicações de que esforços positivos para melhorar a qualidade da educação de obstetrícia estão em andamento em vários países (58), inclusive na Índia (Quadro 3.1).

Em 2019, UNFPA, UNICEF, OMS e ICM identificaram três prioridades estratégicas para a educação em obstetrícia: toda mulher e todo recém-nascido a ser cuidado por uma parteira, educada e treinada de acordo com os padrões internacionais e habilitada a praticar legalmente tudo o que envolve obstetrícia, sendo que o título "Parteira" deve ser usado apenas por profissionais que sejam educadas de acordo com os padrões internacionais; a liderança da obstetrícia deve ser posicionada na política nacional de alto nível, com processos de planejamento e orçamento para melhorar a tomada de decisão sobre os investimentos na educação em obstetrícia para auxiliar no atingimento da cobertura universal de saúde; e coordenação e alinhamento entre as partes interessadas da obstetrícia na esfera global, regional e nacional a fim de alinhar os processos de educação e treinamento, conhecimento, pesquisa, materiais baseados em evidências, indicadores e investimento (51).

A pesquisa de associação de membros da ICM descrita no Capítulo 1 e no *Webappendix* 2 coletou dados de 80 países sobre seus programas de educação de parteiras: 33 (41%) oferecem apenas programas de admissão direta, 17 (21%) oferecem apenas pós-enfermagem, cinco (6%) oferecem enfermagem e obstetrícia combinadas e 25 (31%) oferecem admissão direta e outro tipo de programa.

Dos 63 países que relataram ter um curso de obstetrícia de admissão direta ou um programa

PRINCIPAIS MENSAGENS

- A qualidade da educação pré-serviço de obstetrícia precisa ser melhorada. Os principais desafios incluem a falta de investimento em educadores, habilidades e conhecimentos limitados no ensino e aprendizagem contemporâneos, experiência prática inadequada para estudantes e lacunas em infraestrutura, recursos e sistemas, especialmente em países de baixa e média renda.
- A Covid-19 estimulou a criação de novas maneiras de fornecer educação e serviços de obstetrícia. Eles precisam ser desenvolvidos e usados de forma eficaz, inclusive com tecnologias digitais inovadoras e oportunidades de aprendizagem on-line. Sua eficácia também precisa ser avaliada durante condições "normais".
- Quase todos (91%) dos 74 países respondentes relataram que ofereciam qualificação em obstetrícia até o nível de bacharelado ou superior. No entanto, em média, apenas dois terços das educadoras de parteiras são de fato parteiras qualificadas, e há desafios para a oferta de educação de alta qualidade.
- Em muitos países, as parteiras não estão autorizadas a realizar tarefas normalmente consideradas parte do âmbito de sua atuação. Isso é mais comum nas Américas, na Europa e nas regiões do Mediterrâneo Oriental e em países ricos.

combinado de obstetrícia e enfermagem, 53 têm um curso de pelo menos três anos de duração, dos quais 23 têm duração superior a três anos. A Figura 3.1 mostra que os programas de pelo menos três anos de duração são a norma em todas as regiões da OMS (60) e grupos de renda do Banco Mundial (61), mas o pequeno número de países declarantes em algumas regiões e grupos de renda significa que esses resultados não são necessariamente representativos de todos os países naquela região ou daquele grupo. Cursos com duração de quatro a cinco anos são mais comuns no Sudeste Asiático e em países de renda média alta. Dos 41 países que relatam um percurso de educação em obstetrícia pós-enfermagem, 30 relatam que esse tipo de curso tem pelo menos 18 meses de duração, mas oito países disseram ter um programa de um ano e três países têm um programa com duração inferior a um ano.

Dos 175 países respondentes da pesquisa nacional de trabalhadores da saúde - NHWA, 79% disseram ter uma lista mestre de instituições de educação de profissionais de saúde credenciadas, e outros 7% têm uma lista parcial, ficando 14% sem tal lista. A ICM desenvolveu um Programa de Credenciamento de Educação em Obstetrícia (62) para apoiar o desenvolvimento de processos de credenciamento (Quadro 3.2).

Também há variação nos padrões de educação. Dos 57 países respondentes na NHWA (dos quais apenas dois eram países de baixa renda), 93% tinham padrões para a duração e o conteúdo da educação profissional de obstetrícia e 86% tinham mecanismos de credenciamento para instituições de educação profissional de obstetrícia.

Dos 70 países que notificaram, 34 (49%) relataram que **todas** as suas educadoras de parteiras são

QUADRO 3.1

Iniciativa de Obstetrícia do Governo da Índia

Segundo a Iniciativa de Obstetrícia, com seu objetivo de prestar serviços de atendimento de parteiras em unidades de saúde públicas, o Governo da Índia lançou as Diretrizes sobre Serviços de Parteiras em dezembro de 2018. Seu intuito é criar uma coorte de Enfermeiras Obstétricas, capazes de oferecer experiências positivas de parto para as mulheres, promovendo o parto fisiológico (reduzindo o excesso de medicalização), prestando assistência à maternidade com respeito e descongestionando as unidades de saúde de maior complexidade, fornecendo serviços em unidades que contam com parteiras. O foco é garantir a capacitação e a progressão na carreira das parteiras.

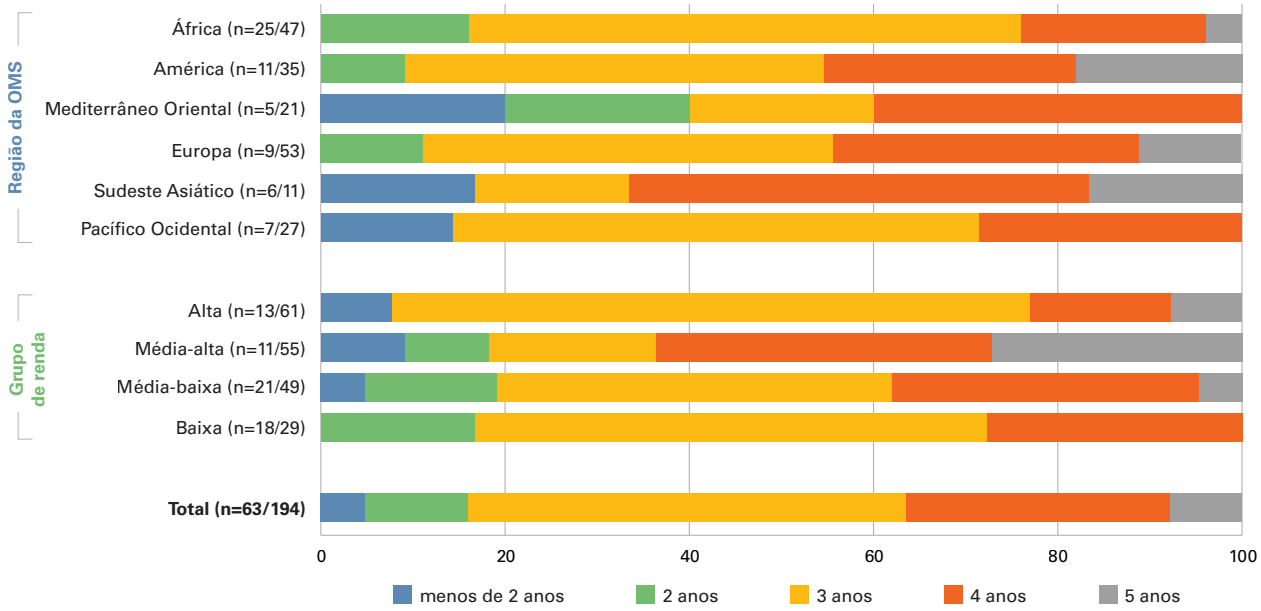
A Índia identificou sete Institutos Nacionais de Excelência de Treinamento para a capacitação de educadores em obstetrícia. Em 2019, o Ministério da Saúde e Bem-Estar da Família iniciou o treinamento de educadores obstetras em um desses institutos. Pós-treinamento, os serviços de obstetrícia serão inicialmente fornecidos em unidades de saúde terciárias e secundárias; nas fases subsequentes, será disponibilizado nos centros de saúde primários como parte de um pacote abrangente de atenção primária à saúde.

Para apoiar a implementação da Iniciativa de Obstetrícia, o Governo, junto com a OMS, encomendou um estudo em seis estados para avaliar as competências de obstetrícia de profissionais e educadores, e pesquisas sobre barreiras e facilitadores dos serviços de obstetrícia de alta qualidade. As ferramentas de pesquisa foram baseadas nas competências essenciais da ICM para a prática da obstetrícia e nas competências principais do educador de obstetrícia da OMS. As barreiras foram examinadas com foco na Índia e no Sudeste Asiático, bem como em âmbito global. O estudo identificou barreiras e facilitadores relacionados a: educação, treinamento, supervisão, implantação, falta de reconhecimento da obstetrícia como uma profissão autônoma, e falta de funções adequadas que permitam às parteiras trabalhar em todo o espectro de sua atuação. Em termos de prestação de serviços, as barreiras incluíram baixa cobertura e má qualidade de alguns serviços, ambientes de trabalho precários e falta de equipamentos e suprimentos. A principal recomendação foi implementar um programa de educação inicial de alta qualidade para preparar parteiras que sejam competentes, atendam aos padrões globais e sejam capazes de prestar atendimento de alta qualidade baseado em evidências (59).

Com base na pesquisa e nas informações coletadas, o Governo, em colaboração com as partes interessadas, inclusive o Conselho de Enfermagem Indiano, desenvolveu um roteiro estratégico para a implementação eficaz da Iniciativa de Obstetrícia. O roteiro inclui um currículo, critérios e escopo de prática, kits de ferramentas de *advocacy* e promoção de direitos e pacotes de recursos de aprendizagem para o programa de educadores em obstetrícia e o programa de enfermeiras obstétricas, com o objetivo de elevar a educação obstétrica e a prestação de serviços aos padrões globais.

Contribuição do Ministério da Saúde e Bem-Estar da Família, Governo da Índia.

FIGURA 3.1 **Duração dos programas de educação obstétrica de admissão direta ou combinação de enfermagem e obstetrícia em 63 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020**



Nota: Muitos países relataram mais de um tipo de programa educacional de admissão direta ou combinada: nesses casos, apenas o programa mais longo é incluído neste gráfico.

Fonte: pesquisa da ICM.

QUADRO 3.2

O Programa de Credenciamento de Educação em Obstetrícia da ICM

O Programa de Credenciamento de Educação em Obstetrícia da ICM (MEAP, na sigla original) é baseado nas melhores práticas internacionais de ensino e credenciamento de obstetrícia. Ele avalia os programas educacionais de pré-serviço em obstetrícia de acordo com os Padrões Globais de Educação em Obstetrícia da ICM (2013 e atualizações posteriores), inclusive a educação baseada em competências que, por sua vez, inclui as Competências Essenciais para a Prática de Obstetrícia da ICM (atualizadas em 2019).

O MEAP serve como referência para programas educacionais de obstetrícia que visam a atender aos padrões internacionais. Por uma taxa, ele oferece aprovação de credenciamento com base em uma avaliação independente do(s) programa(s) educacional(is) de obstetrícia de um instituto para determinar até que ponto os padrões da ICM são atendidos (63). Também ajuda a identificar as melhores práticas e lacunas, permitindo que doadores e implementadores forneçam apoio direcionado, eficaz e sustentável para a educação em obstetrícia de alta qualidade.

Estudantes de obstetrícia em Mymensingh (Bangladesh). © UNFPA/Geeta Lal.

A ICM começou a avaliar programas de obstetrícia usando o MEAP em 2020. Seu primeiro credenciamento foi de um programa de obstetrícia de admissão direta em Ruanda. Em resposta às restrições de viagens devido à pandemia de Covid-19, a ICM está adaptando o MEAP para implementação usando tecnologias digitais e outras soluções.

Contribuição de Sally Pairman (ICM).

parteiras qualificadas e quatro (6%) relataram que **nenhuma** de suas educadoras de parteiras é parteira. Em **média**, nos 70 países que notificaram, 65% das educadoras de parteiras eram parteiras. A Figura 3.2 mostra que essa percentagem é mais elevada nas regiões da Europa, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático, e mais baixa na África. Novamente, no entanto, o fato de haver um pequeno número de países que responderam à pesquisa pode significar que esses resultados não sejam totalmente representativos das regiões. Os países ricos têm maior probabilidade do que os países de renda média e baixa de usar parteiras para ensinar obstetrícia. Isso pode resultar da falta de apoio e de meios para que as parteiras se tornem educadoras (64, 65). O Quadro 3.3 descreve as descobertas de uma pesquisa da OMS com educadoras de obstetrícia, que destacou alguns dos desafios específicos que elas enfrentam em países de baixa e média renda.

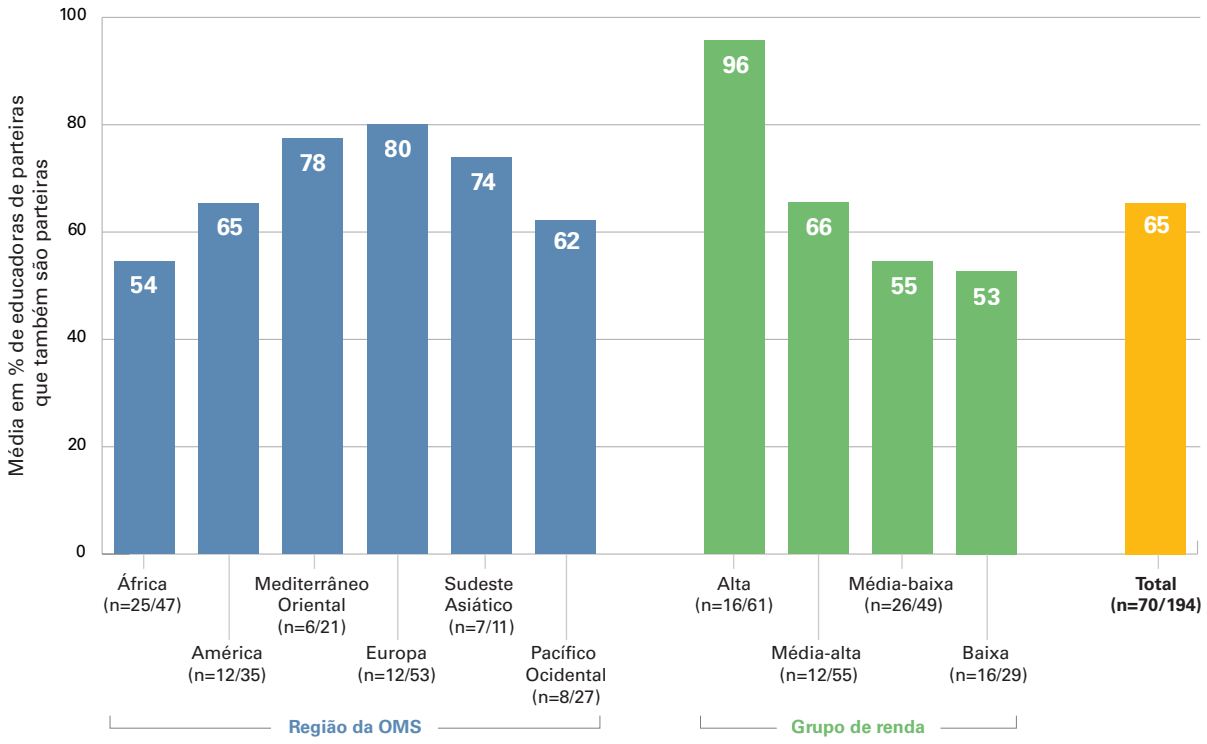
Dos 74 países pesquisados, mais de um terço (38%) relataram que o nível mais alto de qualificação em obstetrícia disponível era o diploma de bacharel, um quarto (26%) disse que uma qualificação de nível de mestrado era a mais alta disponível e outro quarto (27%) oferecia um curso de nível de doutorado. Para pouco menos de um em 10 países (9%), o nível mais alto estava abaixo do nível de graduação. A Figura 3.3 mostra que é mais provável que as qualificações de obstetrícia em nível de mestrado e doutorado estejam disponíveis na Europa e em países ricos, mas, novamente, o pequeno número de países respondentes em algumas regiões significa que esses resultados devem ser interpretados com cautela.

Regulamentação e associação

A legislação sobre obstetrícia de cada país rege a educação, a atuação e o licenciamento de suas parteiras. As leis e os regulamentos nacionais estabelecem quem está qualificado para usar o título de "parteira", bem como o alcance da atuação da parteira. As associações de parteiras são estabelecidas em âmbito nacional para apoiar as pessoas que estão nessa profissão e fornecer liderança a fim de fortalecer e promover o papel e o impacto das parteiras. Elas devem ser separadas dos agentes reguladores da obstetrícia. Algumas associações também funcionam como sindicatos.

Dos países que forneceram dados, três quartos (77%) indicaram que seus países tinham legislação que reconhece a obstetrícia como distinta da enfermagem, inclusive mais de

FIGURA 3.2 **Porcentagem média de educadoras de parteiras que também são parteiras em 70 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020**



Fonte: Pesquisa da ICM.

QUADRO 3.3

Dados importantes sobre a qualidade da educação da pesquisa global da OMS com educadores em obstetrícia

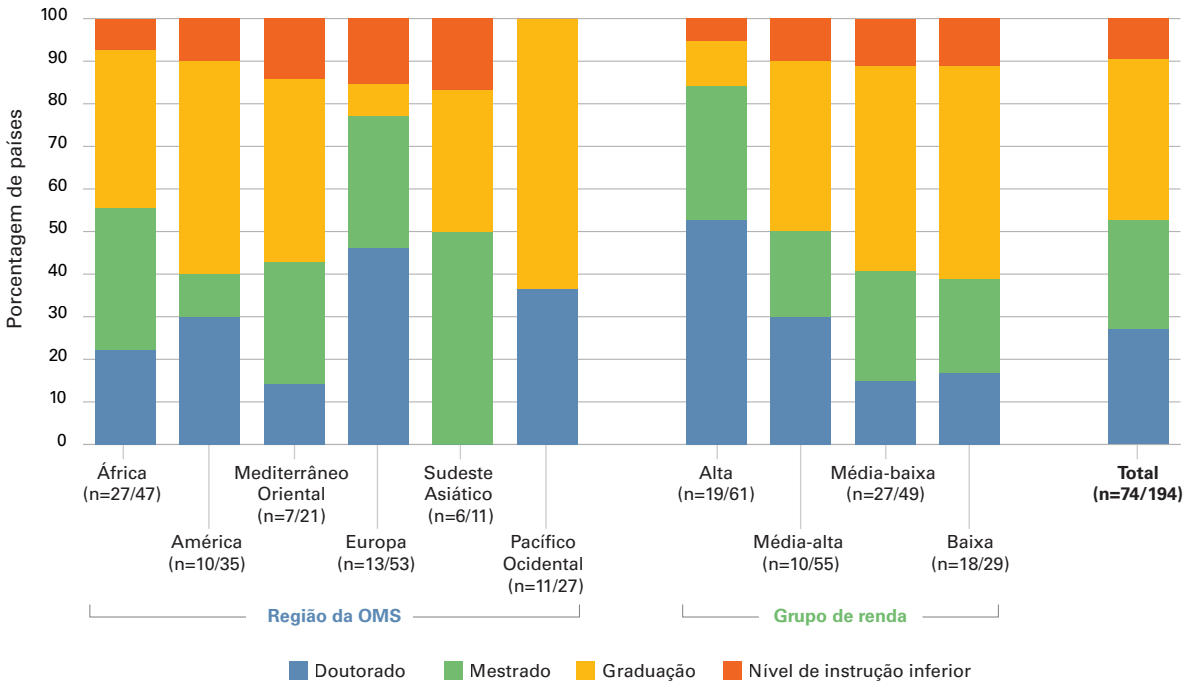
Em 2018–2019, a OMS conduziu uma pesquisa global com educadores em obstetrícia, coletando as opiniões das pessoas que ensinavam obstetrícia ativamente (parteiras, enfermeiras, médicos) em países de baixa e média renda em cinco das seis regiões da OMS (exceto na Europa). O objetivo era compreender melhor as ações necessárias para melhorar a qualidade do ensino da obstetrícia. Mais de 100 instituições educacionais em 35 países responderam. Entre os principais desafios identificados, encontram-se os seguintes:

- Em todas as instituições educacionais, os entrevistados indicaram que a regulamentação dos programas educacionais não garantia efetivamente a qualidade nem facilitava a padronização da educação em obstetrícia; vários níveis de habilidades estavam sendo ensinados por meio de caminhos diferentes.
- Pouco mais da metade das pessoas entrevistadas indicou que sua profissão era a obstetrícia. Menos da metade era treinada ou credenciada como educadora.
- Pouco mais da metade das instituições tinha conhecimento e acesso aos Módulos de Educação em Obstetrícia da OMS e outros materiais educacionais.
- Os educadores tinham maior confiança em sua capacidade de ensinar a cuidar da mulher e do bebê durante o trabalho de parto e o parto em si, seguido por cuidados pré-natais e cuidados obstétricos de emergência. Eles tinham menos confiança em sua capacidade de ensinar planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido, especialmente como cuidar de recém-nascidos pequenos e doentes. Nenhuma das pessoas entrevistadas se sentia confiante em todas as competências essenciais do educador de obstetrícia da OMS.
- 100% dos educadores relataram falta de pelo menos alguns equipamentos e suprimentos em salas de aula, laboratórios de treinamento prático e/ou ambientes clínicos.
- Todos os educadores, exceto os da região das Américas, enfrentaram desafios relacionados a água, saneamento e higiene. Os desafios são maiores na África (especialmente nos países de língua francesa), onde três quartos dos educadores disseram não ter acesso a água limpa pelo menos durante parte do tempo. Muitos educadores na África e no Sudeste Asiático relataram não ter acesso a um banheiro decente em seu local de trabalho.

Esta pesquisa dá uma indicação da natureza e escala dos desafios enfrentados por muitas educadoras de parteiras e fornece uma base para orientar pesquisas investigativas e ações. Os resultados da citada pesquisa foram uma contribuição vital para o "Quadro de ações para o fortalecimento da educação em obstetrícia de qualidade para atingir a cobertura universal de saúde até 2030", iniciativa conjunta da OMS, do UNFPA, UNICEF e da ICM (51), que visa a garantir que o sistema educacional produza parteiras confiantes e competentes para cumprir seu potencial de maneira a garantir que mães e recém-nascidos sobrevivam e prosperem.

Contribuição de Fran McConville (OMS).

FIGURA 3.3 **Maior nível de qualificação em obstetrícia disponível em 74 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020**



Fonte: Pesquisa da ICM.

90% dos países respondentes nas regiões das Américas, Europa e Pacífico Ocidental (Tabela 3.1).

A Tabela 3.1 também mostra que três quartos (77%) dos países respondentes têm pelo menos uma associação profissional específica para parteiras, e que essa é a norma em todas as regiões, exceto no Sudeste Asiático.

Dos 78 países que notificaram, quase todos (92%) têm um sistema de regulamentação que abrange as parteiras. Um em cada oito (12%) afirmou ter um órgão regulador separado específico para parteiras. A maioria dos países respondentes (62%) não tem um órgão regulador separado, mas tem autoridade regulatória com políticas e processos específicos para parteiras (Figura 3.4). Em 19% dos países, as parteiras são regulamentadas por um órgão regulador que não é específico da obstetrícia e não tem políticas e processos distintos para as parteiras.

Os países usam uma variedade de termos para descrever o direito legal de exercer a profissão de parteira. Metade (49%) dos 79 países respondentes têm um sistema de licenciamento e um sistema de registro que são processos separados e obrigatórios, um quarto (25%) têm apenas registro, 13% têm apenas licenciamento e 12% têm outro tipo de sistema. Dos 73 países declarantes, 17 não têm nenhum sistema de licenciamento e 20 exigem que suas parteiras sejam licenciadas apenas uma vez após a qualificação, sem necessidade de renovação periódica da licença. Os 36 países restantes têm

TABELA 3.1

Porcentagem de países com legislação que reconhece a obstetrícia como distinta da enfermagem e com uma associação específica para parteiras, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020

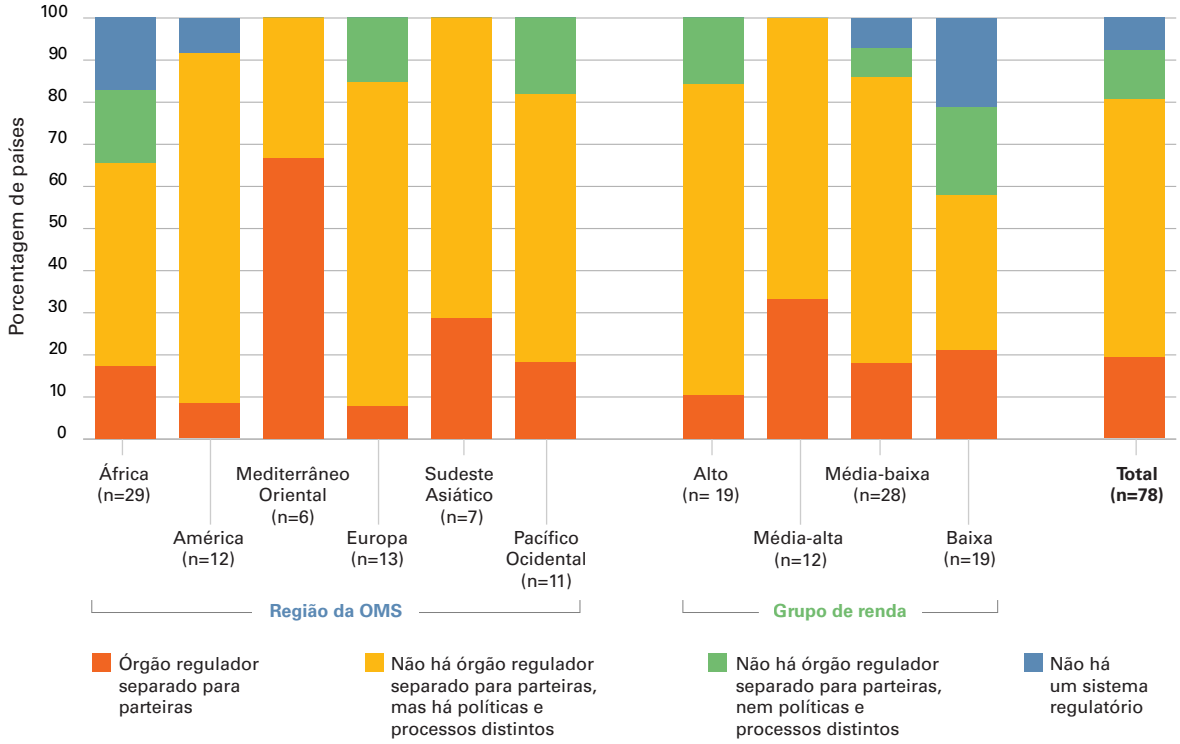
	Número de países pesquisados / total	% de países com legislação que reconhece a obstetrícia como distinta da enfermagem	Número de países pesquisados / total	% de países com uma associação específica para parteiras*
REGIÃO DA OMS				
África	29/47	62%	35/47	77%
Américas	12/35	92%	17/35	88%
Mediterrâneo Oriental	7/21	86%	13/21	69%
Europa	13/53	92%	28/53	79%
Sudeste Asiático	7/11	57%	8/11	50%
Pacífico Ocidental	11/27	91%	14/27	79%
GRUPO DE RENDA				
Alta	19/61	89%	33/61	79%
Média alta	12/55	92%	22/55	82%
Média baixa	28/49	68%	34/49	68%
Baixa	20/29	70%	26/29	81%
TOTAL	**79/194**	**77%**	**115**/194**	**77%**

* O nome da associação inclui a palavra "parteira" (ou termo equivalente na língua nacional) e não menciona nenhuma outra profissão de saúde.

** Apenas para este indicador, a resposta da associação de parteiras foi aceita mesmo sem carta de validação, por se considerar que a associação é a autoridade competente para responder a esta questão.

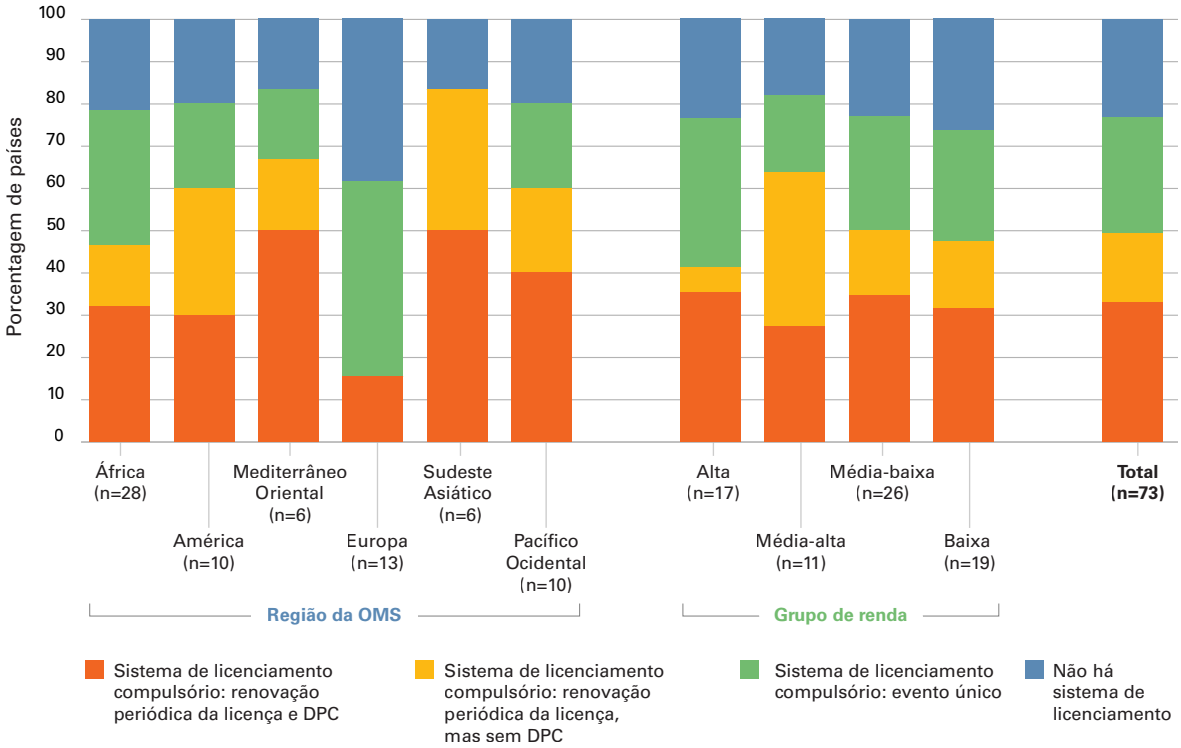
Fonte: Pesquisa da ICM.

FIGURA 3.4 **Sistema de regulamentação de parteiras em 78 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020**



Fonte: Pesquisa ICM.

FIGURA 3.5 **Sistema de licenciamento de parteiras em 73 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020**



DPC = desenvolvimento profissional contínuo.

Fonte: Pesquisa da ICM.

um sistema de renovação periódica, mas apenas 24 deles exigem desenvolvimento profissional contínuo (Figura 3.5).

Os sistemas de licenciamento e regulamentação são essenciais para a prática segura, mas não são suficientes para maximizar a contribuição das parteiras para obter melhores resultados de saúde. Em muitos países, as parteiras não têm autoridade para realizar tarefas normalmente consideradas parte de sua atuação. Por exemplo, a Tabela 3.2 mostra que, na maioria dos países respondentes, as parteiras estão autorizadas a fornecer cinco dos sete tipos de serviços que salvam vidas ao prestar cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (BEmONC, na sigla em inglês), mas em metade dos países elas não estão autorizadas a realizar um parto instrumental usando extração a vácuo ou aspiração manual a vácuo no caso de sangramento no início da gravidez.

Da mesma forma, embora a OMS recomende que as parteiras possam fornecer com segurança e eficácia uma ampla variedade de produtos anticoncepcionais (66), os sistemas regulatórios de alguns países restringem a variedade de produtos que elas estão autorizadas a fornecer. A Tabela 3.3 mostra que, embora a maioria dos países pesquisados autorize as parteiras a fornecer uma ampla gama de produtos contraceptivos, em alguns países (principalmente nas regiões da Europa e do Mediterrâneo Oriental) elas não estão autorizadas a fornecer esses serviços.

Impacto da Covid-19 na formação e atuação das parteiras

A Covid-19 teve impacto em muitas atividades em 2020 e 2021, inclusive na educação e na prática de obstetrícia. As políticas de saúde pública, incluindo-se aí os "lockdowns", causaram interrupções significativas nos serviços essenciais de saúde (67). A educação da obstetrícia, como a de outras

TABELA 3.2

Porcentagem de 79 países nos quais as parteiras estão autorizadas a prestar cuidados obstétricos e neonatais básicos de emergência (BEmONC) com procedimentos de funções vitais, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019-2020

	Número de países pesquisados	Reanimação neonatal com bolsa e máscara (%)	Oxitócicos (%)	Antibióticos parenterais (%)	Anticonvulsi-vantes (%))	Remoção manual da placenta (%)	Parto instrumental por extração a vácuo (%)	Aspiração a vácuo manual%
REGIÃO DA OMS								
África	29/47	100%	100%	100%	100%	97%	79%	90%
Américas	12/35	92%	100%	100%	83%	83%	17%	25%
Mediterrâneo Oriental	7/21	86%	57%	71%	57%	43%	57%	29%
Europa	13/53	100%	100%	85%	85%	46%	15%	8%
Sudeste Asiático	7/11	100%	100%	86%	86%	71%	43%	57%
Pacífico Ocidental	11/27	100%	91%	91%	91%	71%	64%	36%
GRUPO DE RENDA								
Alta	19/61	100%	100%	89%	79%	58%	26%	11%
Média alta	12/55	83%	92%	92%	83%	58%	25%	25%
Média baixa	28/49	100%	96%	93%	93%	93%	64%	68%
Baixa	20/29	100%	90%	95%	95%	90%	75%	80%
TOTAL	**79/194**	**97%**	**95%**	**92%**	**89%**	**78%**	**52%**	**51%**

BEmONC = basic emergency obstetric and newborn care.

Fonte: Pesquisa da ICM.

profissões de saúde, também foi interrompida, com o ensino passando a ser oferecido pela Internet, acesso limitado a alocações clínicas e mudanças nas horas de contato direto dos alunos no atendimento a pacientes (68-71). Em alguns ambientes, programas e provedores desenvolveram novas soluções digitais, aumentaram a alfabetização digital e estabeleceram espaços virtuais de aprendizagem para conectar alunos e professores. Agora, faz-se necessário planejamento conjunto e colaboração de todas as partes interessadas, inclusive estudantes, provedores de educação e unidades de saúde, com comunicações claras a fim de reduzir a confusão e a ansiedade (72).

Em meados de 2020, a ICM lançou uma pesquisa global Covid-19 para determinar o papel das associações de parteiras em resposta ao impacto da pandemia nas parteiras que representam. Em dezembro de 2020, mais da

> As parteiras devem ter um âmbito distinto de atuação e ser capazes de trabalhar integralmente dentro desse âmbito de atuação.
>
> *Associação de parteiras*

TABELA 3.3

Porcentagem de 78 países nos quais as parteiras estão autorizadas a fornecer produtos contraceptivos, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020

	Número de países pesquisados	Pílulas anticon-cepcionais (%)	Injeções contraceptivas (%)	Contracepção de emergência (%)	Dispositivos intrauterinos (%)	Implantes contraceptivos (%)
REGIÃO DA OMS						
África	29/47	100%	100%	100%	97%	100%
Américas	11/35	100%	100%	91%	100%	91%
Mediterrâneo Oriental	7/21	71%	71%	43%	57%	57%
Europa	13/53	54%	46%	46%	38%	23%
Sudeste Asiático	7/11	100%	100%	100%	100%	71%
Pacífico Ocidental	11/27	91%	91%	91%	91%	91%
GRUPO DE RENDA						
Alta	18/61	61%	56%	44%	50%	50%
Média alta	12/55	83%	83%	83%	75%	75%
Média baixa	28/49	100%	100%	100%	100%	89%
Baixa	20/29	100%	100%	95%	95%	90%
TOTAL	**78/194**	**88%**	**87%**	**83%**	**83%**	**78%**

Fonte: Pesquisa da ICM.

> As parteiras devem estar envolvidas na tomada de decisões de SRMNAH em todos os níveis, inclusive: Ministério da Saúde, unidades de saúde, instituições de ensino, autoridades regulatórias, programas de pesquisa, projetos de desenvolvimento.
>
> *Associação de parteiras*

metade das associações membros da ICM haviam respondido. Elas relataram altos níveis de estresse e esgotamento entre as parteiras, e a maioria (70%) informou que as parteiras haviam sofrido com a falta ou escassez de equipamento de proteção individual (EPI). As associações relataram que as parteiras lidaram com esta situação de maneira engenhosa, fazendo seu próprio EPI (43%), comprando o seu próprio (53%) ou improvisando com o que estava disponível (48%). Algumas associações relataram que as parteiras reutilizaram EPIs de uso único (30%), trabalharam sem (26%) ou simplesmente não compareceram ao trabalho (7%).

Mais da metade (54%) das associações respondentes relataram que os cursos de obstetrícia foram encerrados em seus países, 90% dos cursos mudaram para aprendizagem on-line e 25% para aprendizagem em pequenos grupos. Apenas 50% dessas associações consideram que os alunos tiveram acesso a áreas de atuação ou estágios clínicos algumas vezes, enquanto 25% não tiveram acesso.

Uma parteira realiza um exame pré-natal. © UNFPA Guinea.

QUADRO 3.4

Identificando e atendendo às necessidades das parteiras durante a Covid-19 na América Latina e no Caribe

No início de 2020, ficou claro que a Covid-19 teria um grande impacto nos planos do UNFPA para o fortalecimento da obstetrícia. Para orientar sua resposta, o Escritório Regional da América Latina e do Caribe realizou uma pesquisa on-line com parteiras para explorar o impacto da pandemia no trabalho delas e identificar o apoio de que precisavam para responder com eficácia. Mais de 1.000 respostas foram recebidas de 12 países. Mais da metade das entrevistadas achava que não havia sido consultada nem considerada adequadamente nos processos de tomada de decisão em seus locais de trabalho e que não havia EPI suficiente.

O UNFPA desenvolveu um modelo para documentar ajustes inovadores na prestação de serviços e convidou os presidentes de associações de parteiras profissionais a enviarem um resumo de suas práticas usando o modelo. Os exemplos foram compartilhados por 23 parteiras de 11 países, incluindo: uso de tecnologias virtuais para manter serviços essenciais, esforços multidisciplinares (inclusive alcance comunitário) em diversos ambientes para atender às necessidades de SRMNAH dentro de uma estrutura de direitos humanos, e o empoderamento de associações de parteiras e líderes de parteiras para trabalhar com políticos e dirigentes de serviços de saúde.

Foram realizadas videoconferências duas a quatro vezes por mês com líderes de associações de parteiras, funcionários do UNFPA e a representante regional da ICM na América Latina. A agenda incluiu o compartilhamento de estatísticas sobre infecções e mortes por Covid-19. As associações membros da ICM na América Latina prepararam uma declaração dirigida aos Ministros da Saúde, destacando os riscos para as mães, recém-nascidos e famílias durante a pandemia, e a necessidade de EPI para parteiras (73).

As restrições relacionadas à Covid-19 tornaram essencial encontrar novas maneiras de continuar a educação e o treinamento de parteiras. A Universidade do Chile liderou o desenvolvimento e a disseminação de recursos em espanhol para a educação continuada (74, 75). Existe um repositório de informações atualizado regularmente sobre a Covid-19, inclusive diretrizes nacionais, protocolos, informações epidemiológicas e outros materiais elaborados para apoiar o trabalho da obstetrícia (76). O Escritório Sub-Regional do UNFPA para o Caribe fez uma doação às Associações Regionais de Parteiras do Caribe para atividades, inclusive o desenvolvimento de um programa virtual de desenvolvimento profissional contínuo (77). Os tópicos, escolhidos em consulta com parteiras, incluíram: saúde mental de parteiras e mães; continuidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva durante a Covid-19; prevenção e controle de infecção durante a Covid-19; e atenção humanizada ao parto durante a Covid-19.

Contribuição de Alma Virginia Camacho-Hübner (Escritório Regional do UNFPA para a América Latina e o Caribe).

Quase dois terços (61%) das associações que responderam relataram atrasos na conclusão dos estudos de obstetrícia.

Um dos efeitos supostamente mais positivos da Covid-19 foi a melhoria da colaboração entre os profissionais de saúde. Das associações que responderam a essa pergunta, 90% relataram melhores e positivas colaborações entre os profissionais de saúde, os quais uniram forças de diferentes maneiras para se ajudarem, incluindo obstetras, pediatras, especialistas em controle de infecção, enfermeiras(os) e, em alguns casos, o corpo médico de unidades de defesa.

Em muitos lugares, as parteiras têm envidado esforços específicos para enfrentar os desafios da Covid-19 em seus próprios países. O Quadro 3.4 descreve o trabalho realizado em uma região do UNFPA para compreender plenamente as necessidades das parteiras enquanto elas continuam a trabalhar durante a pandemia. O Quadro 3.5 destaca os papéis principais desempenhados por jovens líderes parteiras no Malawi e na Namíbia.

QUADRO 3.5

As parteiras contribuem para as respostas nacionais à Covid-19 no Malawi e na Namíbia

Três participantes do programa Jovens Parteiras Líderes da ICM compartilharam suas experiências de fortalecimento da resposta de seus países à pandemia de Covid-19. No Malawi, a parteira líder conduziu uma análise da situação de como a pandemia estava afetando as parteiras e o trabalho delas e elaborou respostas para os desafios identificados. Na Namíbia, uma líder contribuiu para a elaboração de políticas e diretrizes nacionais sobre o atendimento de mulheres com Covid-19 durante a gravidez, parto e período pós-parto, e outra contribuiu para o comitê nacional de prevenção e controle de infecção.

As experiências das três líderes em obstetrícia mostraram que:
Envolver trabalhadoras da linha de frente na SRMNAH leva a melhores decisões. Aquelas que trabalham diretamente com as usuárias do serviço trazem uma perspectiva vital para o processo de tomada de decisão. Suas contribuições são frequentemente subestimadas devido à percepção de que os trabalhadores da saúde carecem de habilidades de planejamento e organização. No entanto, sua contribuição pode evitar uma tomada de decisão ruim. Por exemplo, impedir que uma unidade de terapia intensiva neonatal seja convertida em um centro de Covid-19 e realocá-la mais longe da enfermaria de parto; aumentar a conscientização de que uma escassez nacional de grampos de cordão umbilical, causada pelo desvio de recursos para a Covid-19, estava colocando em risco a vida de recém-nascidos.

As parteiras trazem uma perspectiva única. O foco e a paixão das parteiras se relacionam especificamente com a SRMNAH, portanto, seu envolvimento no mais alto nível ajuda a garantir que as necessidades dos usuários e prestadores de serviços de SRMNAH não sejam negligenciadas na resposta à Covid-19. Por exemplo, garantir que os suprimentos de EPI sejam alocados de forma justa entre e dentro das unidades de saúde; reconhecendo o medo sentido pelas parteiras que trabalham em unidades de saúde e usando isso para estabelecer diretrizes que comuniquem com clareza e forneçam garantias.

O networking permite que as parteiras tenham assento à mesa. Inicialmente, nenhuma parteira foi convidada a contribuir para a resposta à Covid-19 no Malawi e na Namíbia. O apoio que receberam da ICM e de suas mentoras por meio do programa Jovens Parteiras Líderes trouxe confiança suficiente para essas três mulheres se fazerem notar e garantir que as vozes das parteiras fossem ouvidas.

Contribuição de Sylvia Hamata, Tekla Shiindi-Mbidi e Luseshelo Simwinga, com o apoio de Ann Yates (ICM).

Luseshelo trabalhando em Blantyre (Malawi). © White Ribbon Alliance.

NECESSIDADE E DISPONIBILIDADE DE PARTEIRAS E OUTROS PROFISSIONAIS DE SRMNAH

CAPÍTULO 4

Este capítulo avalia a situação da força de trabalho mundial em SRMNAH em 2019 e usa modelagem para prever como isso pode mudar até 2030. A composição da força de trabalho em SRMNAH varia: diferentes países usam diferentes nomes de cargos para descrever ocupações, sendo que funções e responsabilidades de uma ocupação podem ser diferentes entre os países que usam o mesmo nome do cargo. Essa variação na classificação e nomenclatura frustra os esforços para conduzir o monitoramento e as análises nacionais e globais. Por exemplo, nem todos os países ou idiomas distinguem claramente entre parteiras e outros grupos profissionais, como enfermeiras, obstetras e parteiras tradicionais, e o âmbito da atuação de uma parteira não é o mesmo em todos os países. Uma análise recente encontrou 102 nomes exclusivos usados em países de baixa e média renda para descrever profissionais de saúde que assistem partos (78). Da mesma forma, nem todos os países aderem à definição de 2018 de pessoal de saúde qualificado para prestar atendimento durante o parto (79).

Os dados mostrados neste capítulo são principalmente do sistema NHWA (em dezembro de 2020), conforme descrito no Capítulo 1 e nos Webappendices 1–3. Além das parteiras, a análise neste capítulo inclui outros profissionais de SRMNAH, em reconhecimento ao fato de que uma equipe interdisciplinar é necessária para atender às necessidades da SRMNAH de todas as mulheres, dos recém-nascidos e adolescentes.

Disponibilidade de dados

Todos os 194 Estados Membros da OMS eram elegíveis para inclusão no SoWMy 2021 e todos enviaram pelo menos um dado que é apresentado neste relatório. O planejamento eficaz da força de trabalho depende da disponibilidade de dados de alta qualidade sobre a força de trabalho e o pipeline que a alimenta. A coleta de rotina de um conjunto mínimo de dados é essencial (o relatório SoWMy de 2014 listou 10 itens de dados essenciais (24)), mas nenhum país forneceu todos esses dados para todos os grupos de ocupação envolvidos em SRMNAH.

O Quadro 4.1 descreve os desafios para a coleta de dados da força de trabalho e como eles estão sendo tratados em uma região da OMS.

No sistema NHWA havia boa disponibilidade sobre o número efetivo de funcionários que eram parteiras, enfermeiras e médicos, e uma disponibilidade razoavelmente boa de números de graduados que eram parteiras e enfermeiras. Além desses, a disponibilidade de dados era limitada, o que restringe o escopo para análises detalhadas. A análise e os perfis de país que a acompanham dependem fortemente dos valores informados, que se fazem necessários devido à falta de dados (ver *Webappendix* 3).

A análise neste capítulo usa três conceitos-chave para medir a disponibilidade e a acessibilidade da força de trabalho: o número de profissionais de saúde necessários para prestar serviços essenciais ("necessidade"), a disponibilidade de profissionais de saúde ("oferta") e a capacidade dos países para empregá-los ("demanda"). Cada análise é baseada em um número diferente de países, refletindo os diferentes níveis de disponibilidade de dados para

PRINCIPAIS MENSAGENS

- Com sua composição e distribuição atuais, a força de trabalho em SRMNAH no mundo não consegue atender à necessidade global de cuidados essenciais de SRMNAH. Há falta de todos os profissionais de SRMNAH, especialmente parteiras.
- A maior escassez ocorre em países de baixa renda, especialmente na Região Africana da OMS.
- No ritmo atual de progresso, em 2030 as coisas terão melhorado apenas ligeiramente, e a maior parte da melhoria ocorrerá nos países de renda média. A diferença entre os países de alta e baixa renda deve aumentar.

> Os dados sobre as parteiras devem ser desagregados dos dados sobre outros tipos de profissionais da saúde.
>
> *Associação de parteiras*

indicadores individuais. Cada tabela e figura mostra o número de países declarantes; o *Webappendix* 4 mostra quais países forneceram dados para cada parte da análise. Quando o número de países declarantes para um determinado indicador é baixo, não é possível tirar conclusões sólidas. Além disso, a análise por região e grupo de renda pode mascarar variações dentro da região e dentro do grupo de renda. Os perfis dos países apresentam dados de cada país separadamente.

O relatório SoWMy 2021 usa métodos de coleta de dados diferentes daqueles usados em relatórios SoWMy anteriores e define grupos de ocupação de forma diferente. Por exemplo, alguns países que anteriormente relataram ter parteiras profissionais, agora dizem que suas parteiras são profissionais de nível técnico. **Embora isso represente um progresso em termos de reconhecimento da importância de definir grupos de ocupação de maneira consistente, significa que, para muitos países, os dados do relatório SoWMy de 2021 não devem ser comparados diretamente com os dados dos relatórios SoWMy anteriores.**

A necessidade de profissionais de SRMNAH

Neste relatório, a **necessidade** de profissionais de SRMNAH é definida como sendo a quantidade de tempo de um profissional de SRMNAH que seria necessária para alcançar uma cobertura universal de alta qualidade das intervenções essenciais de SRMNAH listadas no *Webappendix* 5 e obtidas do relatório Estratégia Global de Saúde para Mulheres, Crianças e Adolescentes (9). O relatório SoWMy de 2014 usou uma definição semelhante, mas uma lista diferente de intervenções essenciais. Isso também afeta a comparabilidade entre o relatório SoWMy de 2014 e o de 2021: a necessidade identificada é maior no relatório SoWMy de 2021 devido ao uso de uma lista mais abrangente de intervenções essenciais na definição de necessidade.

Em âmbito global, 6,5 bilhões de horas de trabalho em SRMNAH teriam sido necessárias para atender

QUADRO 4.1

Os desafios da coleta de dados e como eles estão sendo tratados no Sudeste Asiático

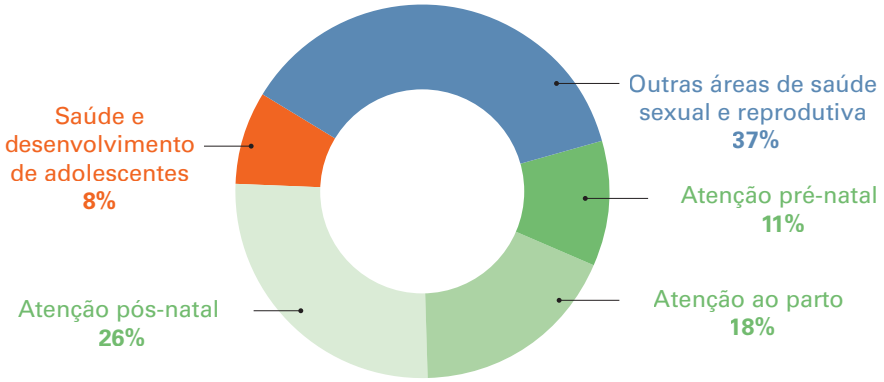
Acompanhar o progresso no desenvolvimento da força de trabalho em saúde pode ser desafiador quando apenas dados nacionais frágeis estão disponíveis e a coleta de dados pode ser uma tarefa onerosa para os países. Mesmo antes da pandemia de Covid-19, a capacidade de coleta e compilação de dados já estava sobrecarregada em muitos países devido a necessidades concorrentes, eventualmente minando a quantidade e a qualidade dos dados notificados ao sistema NHWA.

Em 2014, os Estados Membros da Região do Sudeste Asiático da OMS firmaram um compromisso para uma Década para o Fortalecimento da Força de Trabalho em Saúde. Sua primeira revisão em 2016 descobriu que a falta de indicadores padrão e dados incompletos eram barreiras significativas para relatar o progresso. Por exemplo, os dados do número de funcionários geralmente vêm de registros do conselho de saúde, os quais podem diferir significativamente de outras fontes de dados, como censo ou pesquisas nas unidades de saúde, que são elaboradas para finalidades diferentes.

Com esses desafios em mente, os Estados Membros da Região concordaram com 14 indicadores prioritários para relatar via NHWA e analisar o progresso em 2018 (80). Na coleta de dados para o relatório Situação Mundial da Enfermagem de 2020 e este relatório, o Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático e as representações nos países desenvolveram essa abordagem, coordenando entre os departamentos para minimizar a duplicação de esforços e simplificar as comunicações com seus equivalentes nos governos nacionais. Dentro dos países, grupos de trabalho técnico, formados por pontos focais do sistema NHWA e representantes de várias partes interessadas, como conselhos de saúde e instituições de educação, têm desempenhado um papel crítico na triangulação de várias fontes de dados no estabelecimento, de comum acordo, de dados uniformes para apresentação ao NHWA. Esse processo levou diretamente a uma maior apropriação e melhor utilização dos dados coletados pelos países.

Contribuição de Masahiro Zakoji, Ai Tanimizu e Malin Bogren (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático).

FIGURA 4.1 **Porcentagem de tempo do profissional de SRMNAH necessário em cada estágio no continuum do atendimento, 189 países, 2019**



* As necessidades das meninas adolescentes de 15 a 19 anos foram incluídas nas necessidades das mulheres em idade reprodutiva, de modo que a estimativa para a saúde e o desenvolvimento de adolescentes cobre as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de meninas de 10 a 14 anos e meninos de 10 a 19 anos.

Fonte: Estimativas feitas para este relatório.

a todas as necessidades em 2019. Isso deve aumentar para 6,8 bilhões de horas até 2030. A Figura 4.1 mostra que 55% da necessidade global de tempo de um trabalhador que presta cuidados essenciais de SRMNAH é gasto em intervenções de saúde materna e neonatal (atenção pré-natal, parto e pós-parto), 37% em outras intervenções de saúde sexual e reprodutiva, como aconselhamento, serviços relativos à contracepção, atendimento abrangente ao aborto e detecção e gestão de infecções sexualmente transmissíveis, sendo 8% desse tempo investido em intervenções de saúde sexual e reprodutiva em adolescentes. O tempo necessário para o cuidado pós-parto é mais do que o dobro do tempo necessário para o cuidado pré-natal. Isso ocorre principalmente porque o cuidado pós-parto é necessário para duas pessoas: nas primeiras 24–48 horas após o parto, as novas mães e os recém-nascidos devem receber intervenções frequentes, que consomem mais tempo do que as consultas de pré-natal. Além disso, algumas intervenções essenciais de cuidado pós-parto, embora menos comuns, são muito demoradas, por exemplo, cuidar de recém-nascidos pequenos e doentes e mulheres com morbidades graves.

Os dois principais vetores da necessidade de profissionais em SRMNAH são o tamanho da população e a taxa de fecundidade (81). Variações nesses dois fatores significam que a necessidade de profissionais de SRMNAH é relativamente alta nas regiões do Sudeste Asiático e da África (1,6 bilhão e 1,5 bilhão de horas, respectivamente, em 2019). Variações nas taxas de fecundidade também influenciam a combinação de habilidades necessária dentro da força de trabalho de SRMNAH: a força de trabalho em ambientes de alta fecundidade deve conter uma porcentagem maior de profissionais de SRMNAH competentes para prestar atendimento de saúde materna e neonatal. Por exemplo, na região africana, mais de 60% do tempo do profissional de SRMNAH necessário em 2019 foi gasto em intervenções de saúde materna e neonatal (representado pelos segmentos verdes na Figura 4.2), em comparação com 45% nas regiões da Europa e do Pacífico Ocidental. Consequentemente, embora uma **porcentagem** relativamente baixa da necessidade na África seja de "outra saúde sexual e reprodutiva", ainda é um grande número de horas: 375 milhões de horas da necessidade total da região, que é de 1,5 bilhão de horas. Em termos absolutos, isso é semelhante aos 330 milhões de

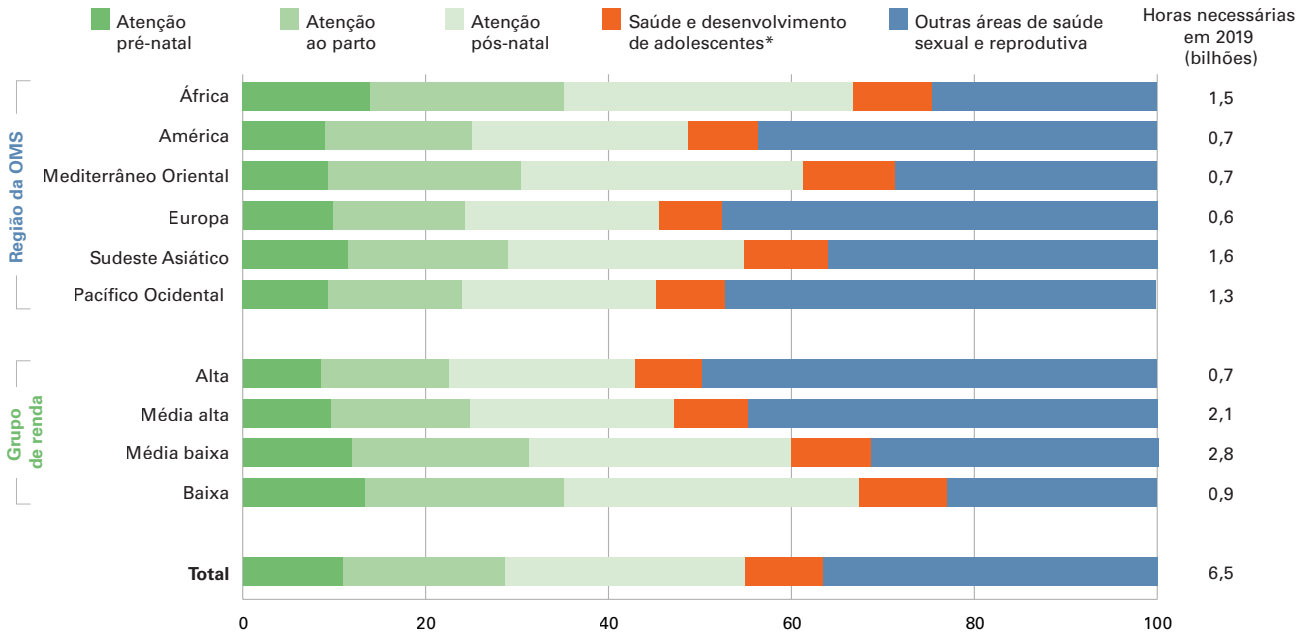
PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Em âmbito global, 6,5 bilhões de horas de trabalho em SRMNAH teriam sido necessárias para atender a todas as necessidades em 2019. Estima-se que isso aumentará para 6,8 bilhões de horas até 2030.
- Pouco mais da metade (55%) da necessidade global de tempo do profissional de saúde em cuidados essenciais de SRMNAH é gasto em intervenções de saúde materna e neonatal (pré-natal, parto e pós-parto), 37% em outras intervenções de saúde sexual e reprodutiva, como orientação, serviços relativos a contracepção, atendimento abrangente ao aborto, e detecção e gestão de infecções sexualmente transmissíveis, sendo 8% desse tempo investido em intervenções de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.

horas necessárias nas Américas, mas como a quantidade total de necessidades nas Américas (750 milhões de horas) é muito menor do que na África, 330 milhões de horas é uma porcentagem maior do tempo total necessário.

As Figuras 4.1 e 4.2 apresentam estimativas da quantidade de tempo do profissional de SRMNAH **necessário** em cada estágio do continuum de atendimento para alcançar a cobertura universal: esses números não representam a quantidade de

FIGURA 4.2 **Porcentagem de tempo do profissional de SRMNAH necessário em cada estágio do continuum do atendimento, 189 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019**



***** As necessidades das meninas de 15 a 19 anos estão incluídas nas necessidades das mulheres em idade reprodutiva, de modo que a estimativa para a saúde e o desenvolvimento de adolescentes cobre as necessidades de saúde sexual e reprodutiva de meninas de 10 a 14 anos e de meninos de 10 a 19 anos.

Fonte: Estimativas feitas para este relatório.

tempo **realmente dedicada** a cada estágio. Em muitos países, a cobertura de atendimento pós-parto é muito inferior à cobertura de atendimento pré-natal (82). Nesses países, a força de trabalho em SRMNAH pode dedicar mais do seu tempo disponível ao cuidado pré-natal do que ao cuidado pós-parto, embora a quantidade de tempo necessária para o cuidado pós-parto seja maior, levando a mais necessidades não atendidas de cuidado pós-parto do que de pré-natal.

Se disponíveis em número suficiente, e se totalmente instruídas, regulamentadas e integradas em uma equipe interdisciplinar, as parteiras poderiam atender a cerca de 90% da necessidade global de intervenções essenciais de SRMNAH (consulte os Webappendices 3 e 5).

Disponibilidade, composição e distribuição atual da força de trabalho em SRMNAH

Os 192 países participantes relataram o número de profissionais em SRMNAH usando as definições de grupo de ocupação mostradas no *Webappendix* 1. A Tabela 4.1 mostra os números totais relatados. Muito poucos países informaram o número de funcionários para todos os grupos ocupacionais de SRMNAH.[3] Em particular, poucos países forneceram o número de funcionários que atuam como paramédicos, assistentes médicos e profissionais comunitários de saúde. Por esta razão, nenhuma análise desses três grupos de ocupação está incluída neste capítulo, mas eles são mostrados em perfis individuais de países e são levados em conta para fins de estimativa do potencial da força de trabalho em SRMNAH para atender à necessidade.

3 Um número reduzido de países que apresentaram informes não indica necessariamente que faltem dados: não se espera que todos os países informem sobre todos os grupos ocupacionais. É possível que em alguns países um determinado grupo ocupacional não faça parte do seu pessoal de saúde.

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Com sua atual composição e distribuição, a força de trabalho mundial de SRMNAH poderia atender 75% da necessidade mundial de cuidados essenciais de SRMNAH, mas em países de baixa renda, a força de trabalho poderia atender a apenas 41% da necessidade. O potencial para atender às necessidades é menor nas regiões da OMS da África e do Mediterrâneo Oriental.
- Se educadas, regulamentadas e integradas dentro de uma equipe interdisciplinar, as parteiras poderiam atender a cerca de 90% da necessidade global de intervenções essenciais de SRMNAH, mas elas representam apenas 8% da força de trabalho em SRMNAH.
- Há uma escassez global com base nas necessidades de 1,1 milhão de profissionais "da força de trabalho equivalente em SRMNAH" (DSE). Este número total representa a escassez de todos os tipos de profissionais de SRMNAH, mas a maior escassez é de parteiras e da força de trabalho de obstetrícia em geral.
- Entre os fatores que impedem a força de trabalho de atender a todas as necessidades, destacam-se: número insuficiente, combinação ineficiente de habilidades, distribuição injusta, educação e treinamento de baixa qualidade (inclusive supervisão e mentoria) e regulamentação de baixa qualidade, que levam a atendimento de baixa qualidade (inclusive desrespeito e abuso) e resultados fracos de SRMNAH.
- A Covid-19 reduziu a disponibilidade da força de trabalho. O acesso aos serviços de SRMNAH precisa ser priorizado e fornecido em um ambiente seguro, apesar da pandemia. Os profissionais da SRMNAH precisam de proteção contra infecções, apoio para lidar com estresse e trauma e soluções criativas/inovadoras para os desafios de fornecer educação e serviços de alta qualidade.

TABELA 4.1

Número (milhares) de profissionais de SRMNAH em 192 países, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014)

Grupo de ocupação	Número de países declarantes	Número de profissionais declarados (milhares)
Profissionais de obstetrícia	77	650,9
Profissionais de nível técnico de obstetrícia	22	477,3
Parteiras sem definição	68	420,9
Profissionais de enfermagem	144	19.766,5
Profissionais de nível técnico de enfermagem	93	5.317,9
Enfermeiros sem definição	56	2.386,2
Obstetras e ginecologistas	191	532,7
Pediatras	185	537,5
Clínicos gerais	190	4.109,9
Paramédicos	40	345,0
Assistentes médicos	18	104,7
Agentes comunitários de saúde	43	1.950,9

Nota: Muitos países enviaram um número total de funcionários para todos os médicos, sem fornecer número de funcionários para especialidades (por ex., obstetrícia, pediatria). Para esses países, foram feitas suposições sobre a proporção de médicos em cada um dos três grupos de ocupações de médicos nesta tabela (consulte o *Webappendix* 3).

Fonte: NHWA, atualizado em 2020.

Nem todos os países têm o grupo "parteiras" na lista de ocupações de saúde. Alguns contam com enfermeiras com treinamento adicional e especializado em obstetrícia. Para refletir essa heterogeneidade nas ocupações envolvidas na prestação de cuidados de obstetrícia, o relatório SoWMy de 2021 usa o termo "força de trabalho mais ampla da obstetrícia", que inclui enfermeiras com treinamento em obstetrícia, às vezes chamadas de "enfermeiras obstétricas". O agrupamento dessas

enfermeiras com parteiras não significa que todos os membros deste grupo trabalhem como parteiras: significa simplesmente que receberam um nível de educação ou treinamento em obstetrícia que as qualifica para exercer a profissão como parte da força de trabalho mais ampla da obstetrícia em seu país. Os dados disponíveis não indicam quantas trabalham como parteiras, quantas são enfermeiras e quantas atuam em ambas as situações.

As demais análises neste capítulo usam os seguintes agrupamentos de trabalhadores em SRMNAH:

Força de trabalho mais ampla da obstetrícia: inclui todas as parteiras profissionais e técnicas em obstetrícia, "parteiras sem definição" e enfermeiras (profissionais ou técnicas) com treinamento em obstetrícia, doravante denominadas "enfermeiras obstétricas".

Força de trabalho de enfermagem, excluindo aquelas com formação em obstetrícia: inclui todas as enfermeiras profissionais e técnicas em enfermagem e "enfermeiras sem definição adicional", e exclui quaisquer enfermeiras com formação em obstetrícia.

Médicos de SRMNAH: inclusive médicos de clínica geral, obstetras/ginecologistas e pediatras.

Disponibilidade atual da força de trabalho mais ampla da obstetrícia

O número de funcionários para a força de trabalho mais ampla da obstetrícia estava disponível para 160 países. Os dados desses países indicam uma força de trabalho mais ampla da obstetrícia correspondente a 1,9 milhão: uma densidade média de 4,4 por 10.000 habitantes (Tabela 4.2). A densidade é relativamente alta na região do Pacífico Ocidental (5,9 por 10.000 habitantes). É maior em países de renda alta e média do que em países de baixa renda. Mais da metade da força de trabalho mais ampla da obstetrícia está nas regiões do Sudeste Asiático e da Europa, onde as respectivas densidades são de 10,4 e 4,6 por 10.000 habitantes.

TABELA 4.2

Tamanho (milhares) e densidade da força de trabalho mais ampla da obstetrícia em 160 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014)

	Número de países que informaram o efetivo/todos os Estados Membros da OMS	Tamanho da força de trabalho mais ampla da obstetrícia * em milhares (% do total global)	Densidade por 10.000 habitantes **
REGIÃO DA OMS			
África	37/47 (79%)	259 (14%)	2,6
Américas	23/35 (66%)	160 (8%)	1,9
Mediterrâneo Oriental	15/21 (71%)	175 (9%)	3,2
Europa	52/53 (98%)	424 (22%)	4,6
Sudeste Asiático	8/11 (73%)	588 (31%)	10,4
Pacífico Ocidental	25/27 (93%)	289 (15%)	5,9
GRUPO DE RENDA			
Alta	55/61 (90%)	435 (23%)	3,7
Média alta	42/55 (76%)	795 (42%)	6,5
Média baixa	37/49 (76%)	566 (30%)	4,3
Baixa	26/29 (90%)	98 (5%)	1,6
TOTAL	**160/194 (82%)**	**1.894 (100%)**	**4,4**

* Inclui profissionais de obstetrícia, profissionais técnicos em obstetrícia, enfermeiras obstétricas, enfermeiras obstétricas de nível técnico e parteiras sem definição adicional.

** Número total de funcionários em todos os países em uma região/grupo de renda, expresso como uma proporção da população total dessa/desse região/grupo de renda.

Notas: A Indonésia e os EUA têm efeitos relevantes sobre as densidades regionais e de grupos de renda. Excluindo-se a Indonésia, a densidade para o Sudeste Asiático é de 4,6 e para os países de renda média alta é de 3,6. Excluindo-se os EUA, a densidade para as Américas é de 2,8 e para os países de alta renda é de 4,9. Excluindo-se esses dois países, a média global é de 3,8 por 10.000 habitantes.

Fonte: NHWA, atualizado em 2020.

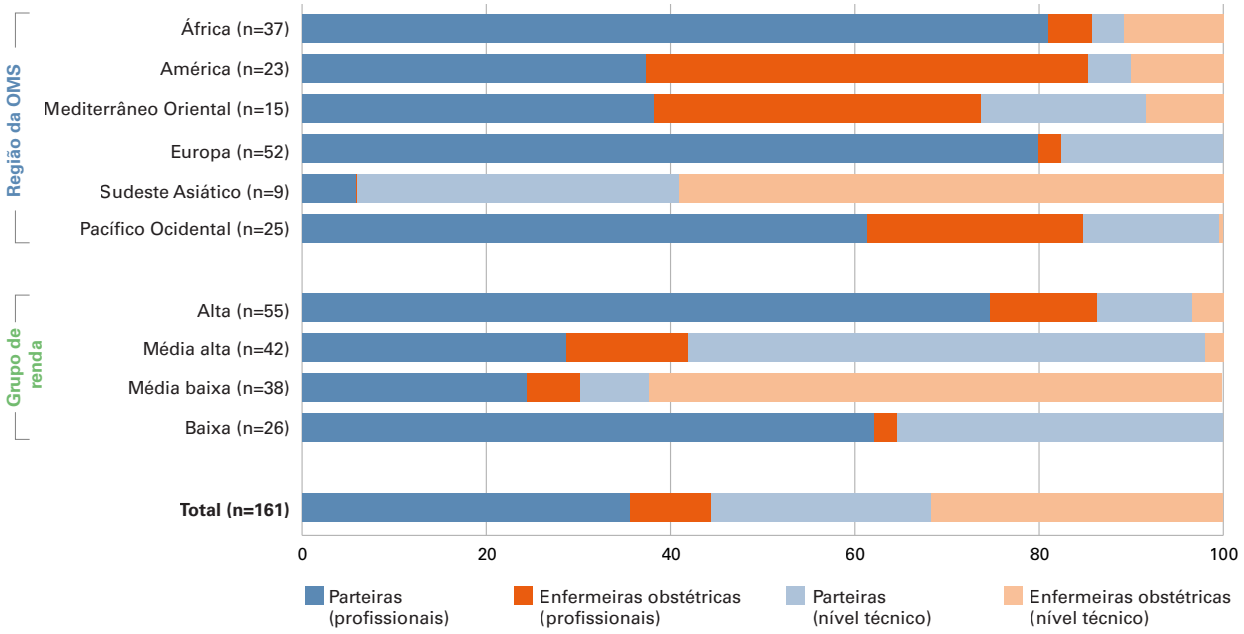
Algumas médias regionais e de grupo de renda são distorcidas por países populosos com densidades atípicas, mais notavelmente a Indonésia (que informou um número muito grande de parteiras de nível técnico) e os Estados Unidos da América (que reportou uma força de trabalho mais ampla da obstetrícia muito pequena). As notas a seguir à Tabela 4.2 mostram o efeito da exclusão desses dois países das médias globais, regionais e de grupos de renda.

Os números na Tabela 4.2 não podem ser comparados diretamente com os números relatados em relatórios SoWMy anteriores porque os dados neste relatório baseiam-se em um número muito maior e uma gama mais diversificada de países, e o método de coleta de dados era diferente. Por essas razões, apenas conclusões cautelosas podem ser tiradas sobre as mudanças ao longo do tempo. Por exemplo, dos 56 países de renda baixa e média que apareceram no relatório SoWMy de 2021 e em um relatório SoWMy anterior, 24 têm uma trajetória ascendente clara para a densidade da força de trabalho mais ampla da obstetrícia, 16 têm uma trajetória descendente clara, três não mostram mudança significativa e 13 não mostram nenhum padrão claro.

Dos 1,9 milhão de membros da força de trabalho mais ampla da obstetrícia nos países pesquisados, 651.000 (34%) são categorizados como profissionais de obstetrícia, 477.000 (25%) como profissionais técnicos em obstetrícia, 421.000 (22%) como "parteiras não definidas de maneira mais detalhada", 285.000 (15%) como enfermeiras obstétricas e 60.000 (3%) como enfermeiras obstétricas de nível técnico. Antes de 2019, não era possível inserir dados no sistema NHWA sobre enfermeiras obstétricas como um grupo específico, mas agora elas podem ser especificadas como um subconjunto de enfermeiras. Os países que enviaram relatórios para os anos anteriores a 2019 provavelmente as contaram como enfermeiras, portanto, pode haver mais enfermeiras obstétricas do que o relatado aqui.

O grande número de "parteiras sem definição adicional" é preocupante porque suas competências não são conhecidas. Para a análise, elas foram reclassificadas como profissionais ou técnicas, com base em fatores como duração da educação e padrões de relatórios de dados anteriores (consulte o *Webappendix* 3 para obter detalhes). Com base nesses números reclassificados, a Figura 4.3 mostra que o Sudeste Asiático é a única região com mais

FIGURA 4.3 **Porcentagem da força de trabalho mais ampla da obstetrícia em cada grupo de ocupação em 161 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014)**



Nota: Este número inclui a Índia, enquanto a Tabela 4.2 exclui a Índia. Isso ocorre porque, como parte do processo de reclassificação descrito no *Webappendix 3*, algumas enfermeiras de nível técnico da Índia foram reclassificadas como enfermeiras obstétricas de nível técnico.

Fonte: NHWA, atualizado em 2020, ajustado para compensar um grande número de "parteiras sem definição".

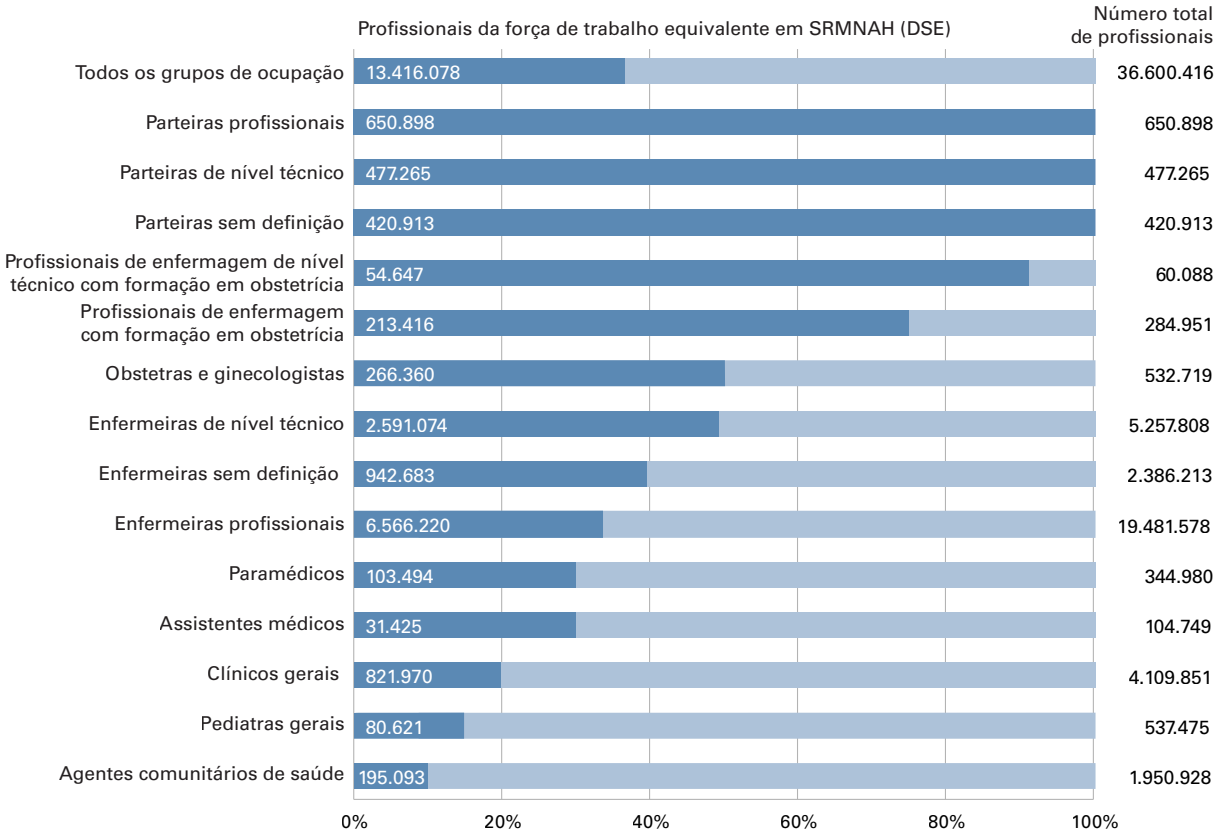
técnicas do que profissionais. A grande população desta região tem um efeito pronunciado no total global, que mostra um pouco mais de técnicas do que profissionais, embora em todas as outras regiões haja mais profissionais do que técnicas. A África e a Europa têm as maiores porcentagens de parteiras; as Américas têm a maior porcentagem de enfermeiras obstétricas. A força de trabalho mais ampla da obstetrícia nos países de alta renda é formada principalmente por profissionais e, em menor grau, isso também se aplica aos países de baixa renda. Em países de renda média, a maioria são profissionais de nível técnico.

Disponibilidade atual de outros profissionais de SRMNAH

Como todos os profissionais de saúde, a força de trabalho em SRMNAH é mais eficaz quando opera dentro de um sistema de saúde/ambiente de trabalho totalmente habilitado, com cada membro trabalhando em todo o seu âmbito de atuação, para que a equipe possua, no conjunto, todas as competências necessárias para fornecer atendimento em SRMNAH de alta qualidade, com dignidade (79). A disponibilidade da força de trabalho mais ampla da obstetrícia deve, portanto, ser considerada no contexto da disponibilidade de outros profissionais de SRMNAH essenciais.

A análise do tamanho e da densidade da força de trabalho de enfermagem (excluindo-se enfermeiras obstétricas) e da força de trabalho de médicos de SRMNAH pode ser encontrada no *Webappendix* 1. Além desses indicadores, é importante considerar quanto do tempo clínico de cada grupo de ocupação está disponível para gastar com atendimento de SRMNAH: seria inexato pressupor que todos os profissionais de SRMNAH gastam todo o seu tempo de trabalho disponível com SRMNAH. Para resolver esse problema, o relatório SoWMy de 2021 usa o conceito de profissional "da força de trabalho equivalente em SRMNAH" (DSE, na sigla em inglês). Os DSEs foram calculados usando-se estimativas sobre a porcentagem média do tempo de contato clínico que cada grupo de ocupação gasta em SRMNAH (*Webappendix* 3).

FIGURA 4.4 **Força de trabalho em SRMNAH: número de funcionários versus profissionais da força de trabalho equivalente em SRMNAH (DSE) em 192 países, 2019 (ou último ano disponível desde 2014)**



Nota: as categorias "profissional de enfermagem" e "profissional de enfermagem de nível técnico" excluem enfermeiras com formação em obstetrícia, que são apresentadas separadamente.

Fonte: Número de funcionários na versão atualizada do sistema NHWA de 2020. DSEs derivados do número de funcionários e % de tempo estimado gasto em SRMNAH.

O impacto do ajuste do DSE é ilustrado na Figura 4.4: a força de trabalho dos profissionais DSE é de 13,4 milhões: 37% do quadro de funcionários de 36,6 milhões. O ideal seria que o cálculo dos numero de DSEs também levasse em consideração o trabalho em meio período e a proporção de profissionais de saúde que são clinicamente ativos. Os números de DSE para países com altas taxas de trabalho em tempo parcial ou grande número de trabalhadores de saúde em funções não clínicas poderão, portanto, superestimar a quantidade de tempo do profissional de SRMNAH disponível para a prestação de atendimentos em SRMNAH.

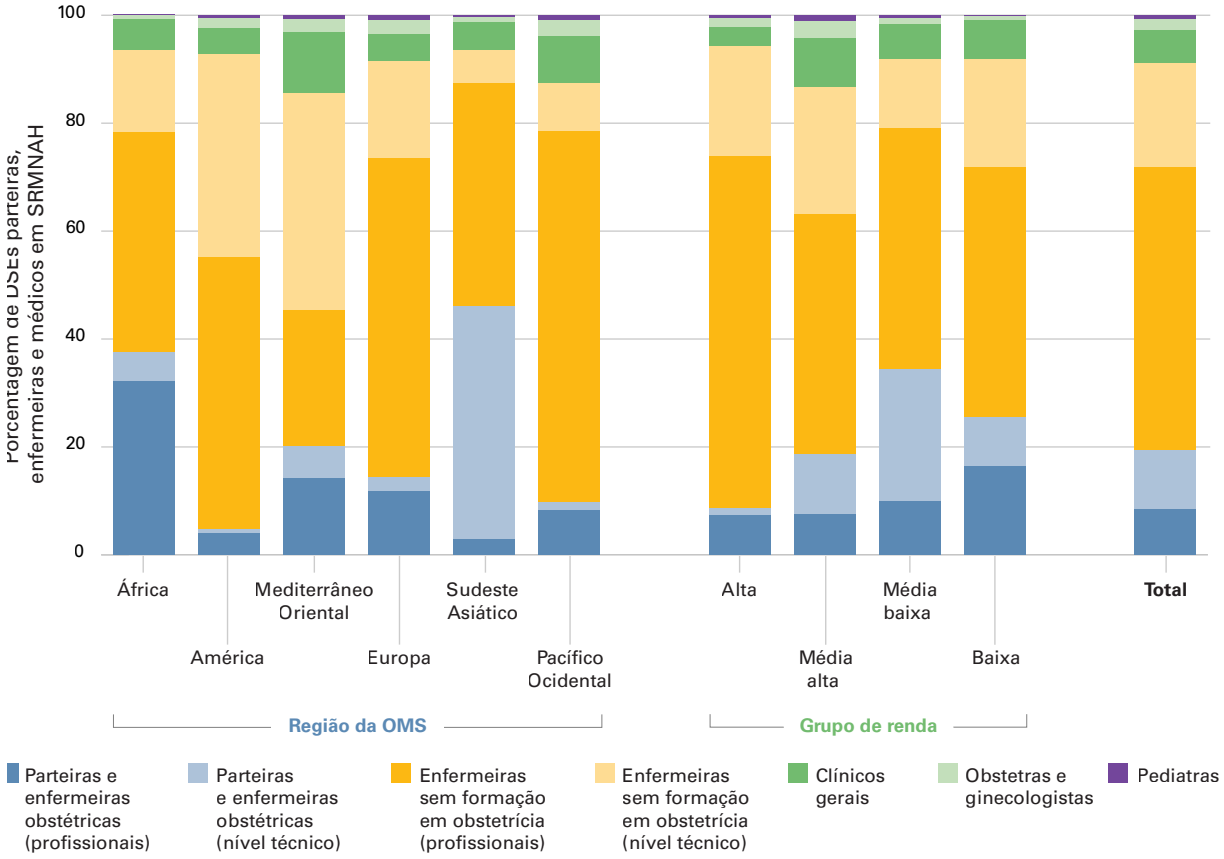
Ultrassom no Centro Urbano de Saúde Primária de Lakshmipuram, Vellore (India). © Gates Archive/Mansi Midha.

Composição da força de trabalho em SRMNAH

A Figura 4.5 mostra a composição dos principais grupos de ocupação dentro da força de trabalho de SRMNAH em 192 países declarantes, no total, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial. Esses gráficos excluem os profissionais de SRMNAH que não sejam parteiras, enfermeiras e médicos, devido à falta de dados.

Por número total de funcionários, 77% das trabalhadoras nos três principais tipos de ocupação de SRMNAH são enfermeiras sem treinamento em obstetrícia, 15% são médicas em SRMNAH e 8% são membros da força de trabalho mais ampla da obstetrícia. Pela contagem de DSE, 72% são enfermeiras sem treinamento em obstetrícia, 19% são membros da força de trabalho

FIGURA 4.5 **Composição da força de trabalho de obstetrícia, enfermagem e médica de SRMNAH, 192 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou último ano disponível desde 2014)**



Fonte: Número de funcionários constante no sistema NHWA atualizado em 2020. DSEs derivados do número de funcionários e % de tempo estimado gasto em SRMNAH.

> As parteiras deveriam ser membros integrantes da equipe em todos os níveis do sistema de saúde.
>
> *Associação de parteiras*

mais ampla da obstetrícia e 9% são médicas de SRMNAH, embora haja variações por região e grupo de renda. A força de trabalho mais ampla da obstetrícia é responsável por uma porcentagem relativamente grande da força de trabalho de DSE na África e no Sudeste Asiático, sendo a maioria profissionais na África e profissionais de nível técnico no Sudeste Asiático. Na região do Mediterrâneo Oriental, os médicos de SRMNAH representam uma porcentagem relativamente grande da força de trabalho de DSE. A força de trabalho mais ampla da obstetrícia é responsável por uma porcentagem relativamente grande do total nos países de renda média-baixa e baixa.

Embora quase todos os países tenham relatado o número total de médicos e enfermeiras, apenas 160 informaram o número de profissionais da força de trabalho mais ampla da obstetrícia. Isso se deve ao fato de que talvez os demais 34 países não tenham parteiras ou porque seus números não sejam informados. Se for a última hipótese, a força de trabalho mais ampla da obstetrícia será responsável por uma porcentagem maior da força de trabalho global de SRMNAH do que é mostrado no gráfico. Isso pode afetar a região do Pacífico Ocidental mais do que outras, porque as enfermeiras e médicos de SRMNAH da China estão incluídos, mas a China não forneceu um número referente à quantidade de parteiras.

Potencial da força de trabalho em SRMNAH para atender à necessidade de intervenções essenciais

Os perfis dos países mostram estimativas de "potencial necessidade atendida" (PMN, na sigla em inglês): até que ponto a oferta de profissionais de DSE é grande o suficiente e tem a combinação de habilidades apropriada para atender à necessidade de intervenções essenciais de SRMNAH. Levando em consideração a demografia e epidemiologia de cada país, a medida de PMN estima a porcentagem máxima da necessidade de intervenções essenciais de SRMNAH que poderiam ser atendidas pela força de trabalho atual, se esta fosse bem educada, distribuída de forma equitativa e trabalhasse em um ambiente propício (e, portanto, capaz de prestar atendimentos de alta qualidade). Um ambiente propício significa que os profissionais de SRMNAH podem atuar em todo o espectro de sua atuação, são responsáveis por decisões independentes dentro do procedimento operacional padrão regulamentado, trabalham dentro de uma infraestrutura de saúde funcional com recursos humanos, equipamentos e suprimentos adequados, têm acesso a consultas dignas em tempo hábil, colaboração e encaminhamento, estão protegidos de danos físicos e emocionais e têm uma remuneração compatível, incluindo-se aí salário e condições de trabalho.

Quando as restrições impedem a força de trabalho de operar em todo o seu potencial (por ex., infraestrutura deficiente, cadeias de abastecimento ineficazes, alto absenteísmo, educação de baixa qualidade, distribuição geográfica desigual), o nível real de necessidade atendido será menor do que o indicado pela estimativa de PMN.

As estimativas de PMN são baseadas em suposições sobre o tempo de atendimento clínico necessário para alcançar a cobertura universal das intervenções essenciais de SRMNAH (*Webappendix* 5) e sobre quais grupos de ocupação em SRMNAH devem ser competentes para executar quais intervenções essenciais (*Webappendix* 6). Por esse motivo, foi necessário designar parteiras e enfermeiras "sem definição adicional" para os grupos de ocupação profissional ou nível técnico, de acordo com as regras estabelecidas no *Webappendix* 3.

As estimativas de PMN de cada país são mostradas nos perfis de país para 157 países com dados do número total de funcionários no sistema NHWA para todos os três principais grupos ocupacionais de SRMNAH: força de trabalho mais ampla da obstetrícia, força de trabalho de enfermagem sem treinamento em obstetrícia e médicos de SRMNAH. A Tabela 4.3 mostra as médias regionais e dos grupos de renda desses países. A medida de PMN geral para a Europa e as Américas está próxima de 100%, enquanto a PMN geral para a África é de apenas 51%. Um padrão claro emerge por grupo de renda: a força de trabalho em SRMNAH poderia potencialmente atender a 99% das necessidades em países de alta renda, mas apenas 41% das necessidades em países de baixa renda poderiam ser atendidas pela força de trabalho atual.

Um nível baixo de PMN indica que a força de trabalho em SRMNAH é muito pequena e/ou não possui a composição correta para atender à necessidade. Um nível alto de PMN indica uma força de trabalho grande o suficiente para atender à necessidade, mas não necessariamente com uma composição ideal. Por exemplo, um país com muitas parteiras poderia obter o mesmo nível de PMN que um país com muitos médicos, pois o tempo necessário para realizar as intervenções é alocado aos grupos ocupacionais competentes disponíveis. Assim, se houver poucas ou nenhuma parteira na força de trabalho, o tempo necessário para intervenções que poderiam ser realizadas por uma parteira é alocado para as enfermeiras ou médicos disponíveis. No entanto, pode-se argumentar que é ineficiente e caro transferir rotineiramente aos médicos tarefas que poderiam ser realizadas por outros grupos profissionais competentes. Além disso, sem a opção de consultar uma parteira, mulheres, recém-nascidos e adolescentes são privados da filosofia única de atendimento que as parteiras oferecem.

Sendo assim, é importante avaliar criticamente a **composição** da força de trabalho em SRMNAH, bem como seu **tamanho** geral. Para tanto, os perfis dos países também estimam o número de DSEs necessários para 100% de PMN. Essas estimativas são baseadas na alocação de tarefas a um grupo de ocupação **preferencial**. O grupo preferido foi selecionado com base nas competências que deveria ter se devidamente educado e regulamentado (consulte o *Webappendix* 6). As tarefas são atribuídas aos médicos por último, com base na premissa de que os médicos (relativamente caros para formar e empregar, e necessários apenas se a intervenção médica for indicada) só devem ser o grupo de ocupação preferencial se nenhum outro grupo de ocupação for competente para realizar a tarefa. Se a estimativa de PMN for alta, mas os números "necessários" forem muito diferentes dos números da "previsão" dentro de um grupo de ocupação, isso pode indicar uma composição abaixo do ideal da força de trabalho em SRMNAH.

TABELA 4.3

Estimativas de potencial de necessidades atendidas em 157 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014)

	Número de países que Informaram o efetivo/todos os Estados Membros da OMS	Estimativa da potencial necessidade atendida	
		Mau*	Alcance**
REGIÃO DA OMS			
África	36/47 (77%)	51%	8% - 100%
Américas	23/35 (66%)	95%	27% - 100%
Mediterrâneo Oriental	15/21 (71%)	69%	7% - 100%
Europa	49/53 (92%)	98%	74% - 100%
Sudeste Asiático	9/11 (82%)	78%	57% - 100%
Pacífico Ocidental	25/27 (93%)	87%	32% - 100%
GRUPO DE RENDA			
Alta	52/61 (85%)	99%	95% - 100%
Média alta	42/55 (76%)	91%	56% - 100%
Média baixa	37/49 (76%)	73%	30% - 100%
Baixa	26/29 (90%)	41%	7% - 100%
TOTAL	**157/194 (81%)**	**75%**	**7% - 100%**

* A quantidade total de tempo do profissional de SRMNAH necessária nos países daquele grupo dividido pela quantidade total de tempo alocado nesses países (i.e., uma média ponderada). Assim, se um país tivesse mais tempo disponível do que o necessário, seu tempo "excedente" era excluído das estimativas regionais, de grupo de renda e globais.

** Isso mostra a estimativa individual de país mais baixa e mais alta nesse grupo (há pelo menos um país com 100% em cada grupo).

Fonte: Número de funcionários constante no sistema NHWA atualizado em 2020. Potencial necessidade atendida estimada pelo método descrito no *Webappendix 3*.

A alocação de intervenções para grupos de ocupação preferenciais permite estimar a escassez com base nas necessidades de diferentes grupos de ocupação em SRMNAH (*Webappendix* 3). Esta análise é baseada nos 157 países com dados sobre a força de trabalho mais ampla da obstetrícia, a força de trabalho de enfermagem excluindo-se aquelas com treinamento em obstetrícia e médicos de SRMNAH. Nem todos esses países têm escassez, mas naqueles que a têm a **escassez total com base nas necessidades é de 1,1 milhão de parteiras do grupo DSE, enfermeiras e médicos de SRMNAH, 0,9 milhões dos quais são parteiras/enfermeiras obstétricas de DSE.** A pior escassez é na Região Africana da OMS, representando 56% da escassez total. A maior parte das escassez restante está nas regiões do Mediterrâneo Oriental e das Américas.

Impacto da Covid-19 na disponibilidade do profissional de SRMNAH

Os dados de contagem de funcionários relatados acima são anteriores à pandemia de Covid-19, cujo impacto na disponibilidade de profissionais de SRMNAH ainda está sendo avaliado. Alguns impactos serão temporários: por ex., uma pesquisa recente da OMS observou que muitas interrupções nos serviços de SRMNAH foram devido à redistribuição de pessoal para ajudar na assistência relativa à Covid-19 (83), e há evidências de que isso às vezes foi devido ao cuidado de SRMNAH não ser considerado essencial (84). Para lidar com esses impactos temporários, a OMS emitiu orientações provisórias sobre a política e gestão da força de trabalho em saúde no contexto da Covid-19 (85). A pandemia provavelmente também terá um impacto duradouro na disponibilidade dos profissionais de saúde. Muitos países carecem de dados robustos sobre o número de profissionais de saúde infectados, devido à falta de mecanismos formais de notificação, mas dados emergentes indicam que os profissionais de saúde estão sob maior risco de infecção (86, 87). Nos estágios iniciais da pandemia, a falta de EPI pode ter contribuído para o aumento desse risco.

Embora muitas perguntas permaneçam sem resposta, sabe-se que milhares de profissionais de saúde morreram (88-90). Além disso, a maioria das associações nacionais de enfermagem (80%) recebeu relatos de estresse mental de enfermeiras que trabalham na resposta à Covid-19, levando a preocupações sobre esgotamento e traumatização (90). Muitos países viram incidentes de estresse no trabalho agravados por abusos e estigmatização do público (91). Há sinais de que isso levará a perdas da força de trabalho de saúde, exacerbando a escassez atual e futura da força de trabalho. A ICM emitiu um apelo global para que se tomem medidas a fim de proteger as parteiras contra a Covid-19 de maneira a permitir que continuem a prestar os cuidados essenciais (92).

Há uma oportunidade de reconstruir e aprimorar a força de trabalho em saúde por meio de planos de recuperação econômica pós-Covid-19 (93).

Enfermeiras e parteiras na clínica pré-natal do Hospital Lautoka (Fiji). © Felicity Copeland.

Com um número significativo de empregos perdidos devido à pandemia, em uma força de trabalho de saúde global já esgotada (12), a força de trabalho futura poderia ser fortalecida aumentando-se a capacidade de educação e apoiando os indivíduos na reciclagem ou transição para o atendimento na área de saúde.

Oferta futura

O eficaz planejamento e gerenciamento da força de trabalho requer o entendimento da razão pela qual as pessoas entram e saem da força de trabalho e como isso afetará a disponibilidade futura da força de trabalho. A disponibilidade futura é influenciada por vários fatores, inclusive a produção nacional de novos formados, a migração internacional e o perfil etário da força de trabalho.

Menos da metade dos Estados Membros da OMS forneceram dados do sistema NHWA sobre a produção doméstica de parteiras e enfermeiras, e menos ainda forneceram esses dados sobre médicos atuantes em SRMNAH. Isso torna difícil tirar conclusões gerais sobre se o mundo, e regiões e países isoladamente, estão produzindo formados em número suficiente para atender às necessidades e demandas futuras. No âmbito de cada país, onde os números dos graduados foram fornecidos, eles são mostrados no perfil do país e foram usados para projetar os números da força de trabalho até 2030.

Caso contrário, as premissas padrão foram aplicadas ao calcular essas projeções (consulte o *Webappendix* 3).

Da mesma forma, poucos países forneceram dados sobre migração internacional de profissionais de SRMNAH. Entre aqueles que o fizeram, os médicos de SRMNAH e a força de trabalho de enfermagem (excluindo-se aqueles com treinamento em obstetrícia) eram mais propensos do que a força de trabalho de obstetrícia a serem nascidos ou treinados no exterior. Isso pode refletir a relativa diversidade de funções e educação das parteiras, o que as torna menos facilmente "transferíveis" para o sistema de saúde de um país diferente. No entanto, quase metade dos países que informaram ter uma força de trabalho mais ampla da obstetrícia estava na Região Europeia, e mais da metade eram países mais ricos, portanto, esses resultados não podem ser generalizados para outras partes do mundo. Os países de renda baixa e média que notificaram esses indicadores tenderam a declarar percentagens muito pequenas de profissionais de SRMNAH nascidos e treinados no exterior.

A estrutura etária da força de trabalho em SRMNAH é um indicador importante de disponibilidade futura: se houver mais pessoas se aproximando da idade de aposentadoria do que jovens, então será difícil garantir disponibilidade suficiente no futuro próximo. Muitos países não foram capazes de fornecer dados sobre a distribuição de idade de todos os seus profissionais de SRMNAH, mas 75 o fizeram para a força de trabalho mais ampla da obstetrícia (conforme mostrado nos perfis dos países), 70 para médicos de SRMNAH e 106 para a força de trabalho de enfermagem, excluindo-se aqueles com treinamento em obstetrícia. A linha verde na Figura 4.6 representa o equilíbrio entre as coortes de idade mais velha e mais jovem, os pontos azuis representam os países cuja força de trabalho mais ampla da obstetrícia tem mais pessoas com menos de 35 anos do que pessoas próximas à idade de aposentadoria, e os pontos vermelhos representam países com uma força de trabalho mais velha (mais próxima da idade de aposentadoria do que com idade abaixo de 35 anos). A maioria dos países notificantes é representada por pontos azuis, mas 19 países foram identificados como países em risco de envelhecimento da força de trabalho. Uma análise semelhante para médicos de SRMNAH encontrou 26 países em risco de envelhecimento da força de trabalho de médicos de SRMNAH, e, segundo o relatório Situação Mundial da Enfermagem de

Disponibilidade futura de equipe de SSRMNA

PRINCIPAIS CONCLUSÕES

- Nas taxas atuais, a força de trabalho em SRMNAH, segundo projeções, deverá ser capaz de atender a 82% das necessidades até 2030: apenas uma pequena melhoria em relação aos atuais 75%. Espera-se que a diferença entre os países de baixa renda e os de alta e média renda aumente até 2030, ampliando a desigualdade.
- Para preencher a lacuna até 2030, 1,3 milhão de novos postos de trabalho DSE (principalmente parteiras/enfermeiras obstétricas, especialmente na África) precisam ser criados nos próximos 10 anos. Com base nas taxas atuais, espera-se que apenas 0,3 milhão deles sejam criados, deixando uma projeção de escassez da ordem de 1 milhão até 2030.
- A necessidade de intensificar a produção e implantação de profissionais em SRMNAH não se limita aos países com uma escassez baseada nas necessidades. Prevê-se que muitos países (inclusive alguns países de alta renda) terão profissionais de SRMNAH insuficientes para atender à demanda até 2030.

2020, há 18 países em risco de envelhecimento da força de trabalho de enfermagem (16).

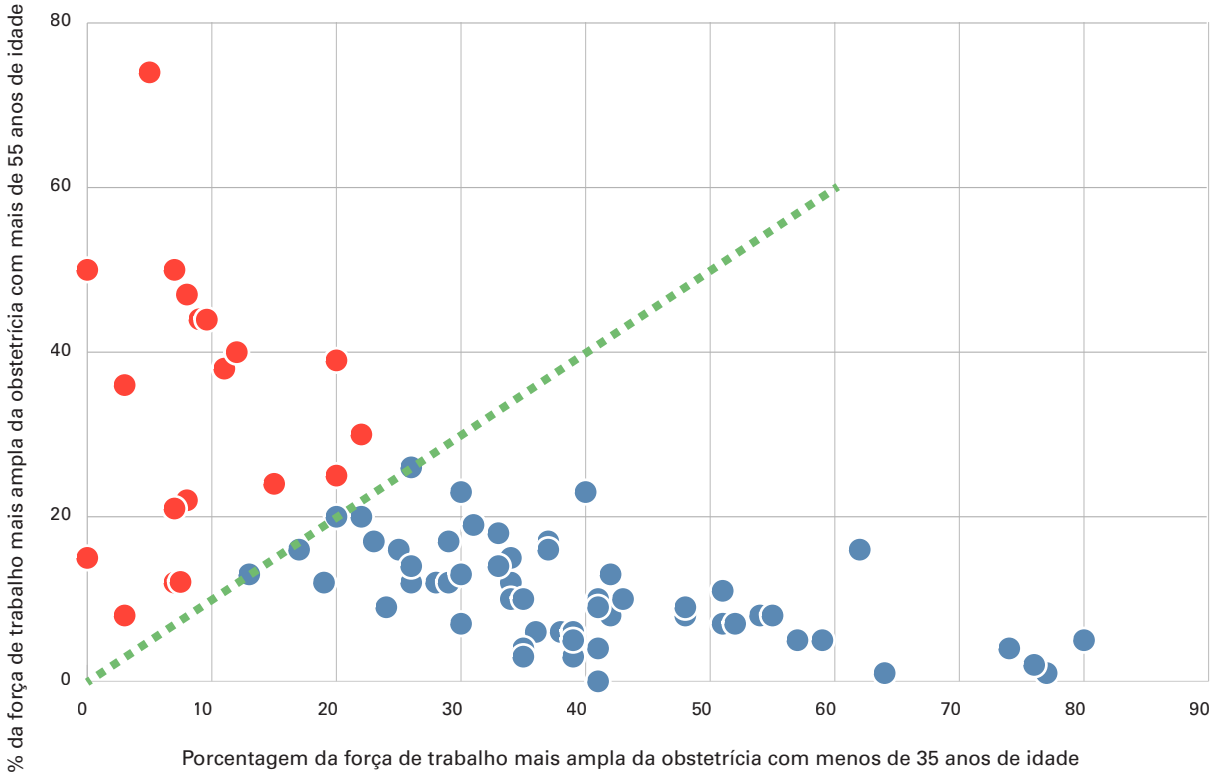
Metade dos países com uma força de trabalho mais ampla em obstetrícia mais velha e um terço dos países com uma força de trabalho médica em SRMNAH envelhecida são países de alta renda. Fora isso, não há padrões claros por região ou grupo de renda: há países de todas as regiões e todos os grupos de renda acima e abaixo da linha verde.

As forças de trabalho em SRMNAH nas regiões do Sudeste Asiático e do Mediterrâneo Oriental têm perfis de idade relativamente jovem, especialmente para parteiras, enfermeiras e médicos clínicos gerais. No caso de obstetras/ginecologistas e pediatras, no entanto, o perfil mais jovem está na Região Africana.

Muito poucos países, e nenhum país de baixa renda, foram capazes de fornecer dados sobre o número de profissionais de SRMNAH que escolheram deixar a força de trabalho no último ano: oito países forneceram dados sobre a força de trabalho mais ampla da obstetrícia, 23 sobre a força de trabalho de enfermagem, excluindo aquelas com treinamento em obstetrícia e quatro sobre médicos de SRMNAH. Em média, esses países relataram que 4% de sua força de trabalho de obstetrícia, 9% da força de trabalho de enfermagem (excluindo aquelas com treinamento em obstetrícia) e 5% dos médicos de SRMNAH escolheram deixar a força de trabalho nacional no último ano. No entanto, essas médias mascaram grandes variações entre os países: por exemplo, as estimativas de demissão voluntária da força de trabalho mais ampla da obstetrícia variaram de 1% a 22% do quadro atual. Uma alta taxa de demissão é insustentável sem um grande afluxo anual de novos formados e/ou migrantes internos e, mesmo com tal afluxo, a perda de profissionais experientes pode ter implicações para a qualidade do atendimento. O número de pessoas que abandonam o serviço, os motivos do desligamento e seus destinos são informações vitais que muitas vezes faltam (94).

Usando os dados acima e estimativas baseadas em evidências quando faltam dados (ver *Webappendix* 3), os perfis dos países projetam as estimativas de oferta de força de trabalho em SRMNAH até 2030.

FIGURA 4.6 **Percentuais relativos da força de trabalho mais ampla da obstetrícia com mais de 55 anos e menos de 35 anos, 75 países, 2019 (ou o último ano disponível desde 2014)**



Equilíbrio entre as coortes mais velha e mais nova.

País com mais profissionais com menos de 35 anos do que aqueles próximos à idade da aposentadoria

País com mais profissionais próximos à idade da apostentadoria do que aqueles do grupo de menores de 35 anos.

Fonte: NHWA atualizado em 2020.

Essa análise indica que a oferta de profissionais do grupo DSE aumentará de 13,5 milhões em 2019 para 20,1 milhões em 2030 (um aumento de 49%).

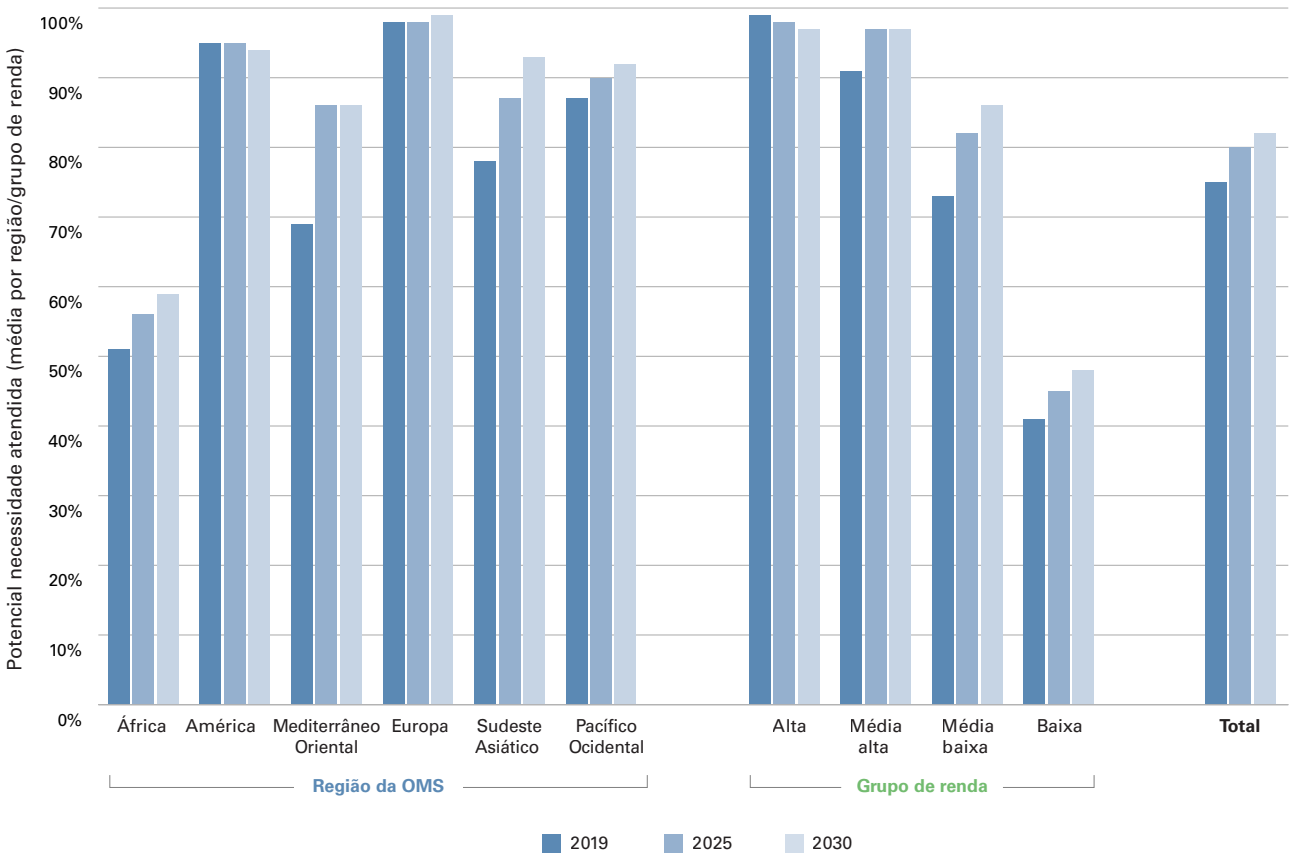
Necessidade futura e o potencial da força de trabalho para atender a essa necessidade

Depois de projetada a oferta para 2030, ela é então comparada com a necessidade projetada, resultando em uma estimativa de PMN para 2030. Essas projeções indicam que, embora a maioria dos países esteja no caminho certo para melhorar seus níveis de PMN até 2030, muitos devem permanecer bem abaixo de 100%. Nos 157 países para os quais essa análise foi possível, espera-se que o nível médio de PMN deverá aumentar de 75% em 2019 para 82% em 2030. A Figura 4.7 mostra que a maior parte dessa melhoria ocorrerá em países de renda média. Também se espera alguma melhora para países de baixa renda, mas o nível médio de PMN para países de baixa renda em 2030 ainda estará abaixo de 50%. Também se verifica que a média regional de PMN deve aumentar entre 2019 e 2030 em todas as regiões da OMS, exceto nas Américas, onde se projeta que permanecerá no alto nível atual. Espera-se que as regiões do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático terão as maiores melhorias. A África, segundo projeções, deve ser a única região com nível de PMN abaixo de 60% em 2030.

Apesar do aumento projetado de 49% no tamanho da força de trabalho da DSE, espera-se que seu potencial para atender à necessidade crescerá em uma quantidade muito menor (de 75% para 82%). Em parte, isso ocorre porque alguns países já têm um nível de PMN muito alto, de modo que o aumento do tamanho da força de trabalho não terá um grande efeito sobre essa medida. Além disso, em termos absolutos, espera-se que dois terços do crescimento global da força de trabalho ocorra nas regiões do Sudeste Asiático e do Mediterrâneo Oriental, enquanto a maior parte da escassez baseada nas necessidades é - e permanecerá - na Região Africana da OMS.

Conforme afirmado acima, atualmente existe uma carência de 1,1 milhão de profissionais DSEs, dos quais 900.000 são parteiras. As projeções para 2030 indicam que essa escassez diminuirá para 1 milhão de DSEs, dos quais 750.000 serão parteiras, sendo a escassez mais grave ainda na Região

FIGURA 4.7 **Potencial projetado de necessidades atendidas em 157 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019, 2025 e 2030**



Fonte: Estimativas feitas para este relatório.

Uma parteira acalma um paciente. © Amber Grant.

Africana da OMS. Em outras palavras, se todos os países continuarem em sua trajetória atual, coletivamente produzirão parteiras, enfermeiras e médicos de SRMNAH em um ritmo mais rápido do que atualmente, mas não o suficiente para atender à crescente necessidade global. **Para atender a todas as necessidades até 2030, 1,3 milhão de novos cargos de DSE de parteira, enfermeira e médico de SRMNAH precisarão ser criados (principalmente na África), além dos atualmente existentes: 1 milhão de parteiras/enfermeiras obstétricas DSE, 200.000 enfermeiras DSE e 100.000 médicos DSE. Nas taxas atuais, apenas 0,3 milhão desses postos deverão ser criados.**

Demanda futura

Projetar o nível de PMN é importante, especialmente para países com profissionais de SRMNAH insuficientes para atender às necessidades mais básicas de SRMNAH. No entanto, mesmo os países com 100% de PMN podem ter verificado escassez, uma vez que a demanda por profissionais de SRMNAH e a capacidade para empregá-los pode exceder os limites baseados nas necessidades. Projetar a demanda não atendida futura, bem como a necessidade, para a força de trabalho em SRMNAH é, portanto, essencial para a formulação de políticas de força de trabalho a fim de evitar incompatibilidades futuras.

O relatório SoWMy de 2021 adota uma abordagem de mercado de trabalho estabelecida para projetar a demanda futura por profissionais de SRMNAH, usando um modelo econômico baseado no crescimento econômico projetado, em dados demográficos e gastos com saúde tanto por governos quanto por indivíduos (95). A demanda reflete a disposição dos governos e de outros compradores para pagar pela assistência médica, o que, por sua vez, estimula a demanda por contratação de profissionais de saúde.

O modelo parte do pressuposto de que todos os países empregam atualmente o número de profissionais de SRMNAH que podem pagar.[4] Em seguida, comparando a demanda prevista em 2030 com a oferta estimada nesse mesmo ano, são feitas projeções de disparidades entre oferta e demanda para 2030. Os resultados mostram que, em 2030, a demanda por trabalhadores DSE em 143 países aumentará e a porcentagem da demanda atendida - PMD na sigla em inglês - geral será de 92%, ou seja, a oferta será de 92% do que os países podem, coletivamente, pagar. Na metade desses

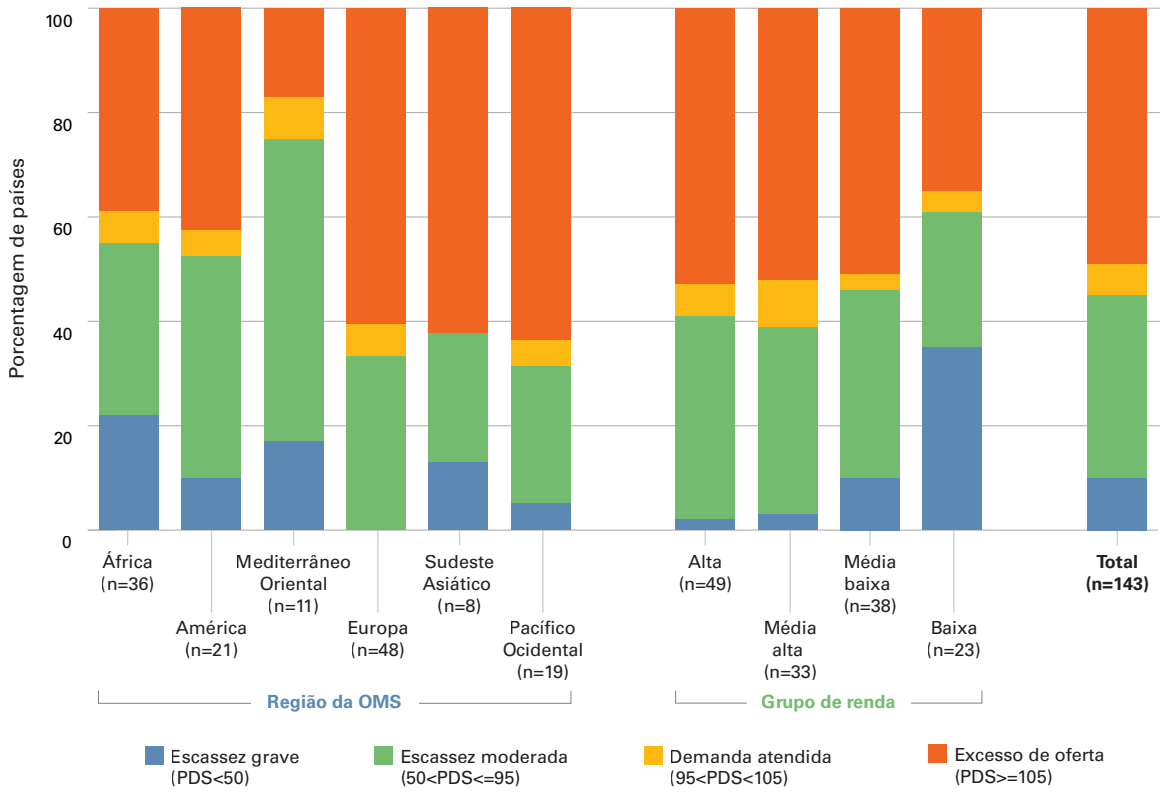
4 É improvável que seja o caso em todos os países, mas atualmente não existe um método padrão estabelecido para estimar o número de posições não preenchidas.

países (n=71), o modelo prevê que as projeções de oferta atuais não acompanharão a demanda no mesmo ritmo, resultando em uma escassez líquida baseada na demanda de pouco mais de um milhão de DSEs. Esse quadro geral mascara a diversidade substancial entre os países, uma vez que, segundo projeções, alguns deverão sofrer com uma escassez significativa com base na demanda (PMD abaixo de 50%), enquanto em outros países a oferta excederá a demanda, levando a excedentes (PMD acima de 105%). Um nível de PMD abaixo de 50% será mais prevalente em países de baixa renda, embora, talvez surpreendentemente, muitos países de alta e média renda também enfrentem escassez moderada com base na demanda (PMD 50%-95%) (Figura 4.8).

Muitos países de baixa renda enfrentam baixo crescimento tanto na demanda quanto na oferta, que frequentemente estão abaixo do que é necessário para cobrir as necessidades essenciais de SRMNAH. A Figura 4.9 representa o nível de PMN em relação à PMD, com cada ponto representando um país e as cores dos pontos representando as classificações dos grupos de renda do Banco Mundial. Ela mostra que dos 18 países de renda baixa e média-baixa que enfrentam escassez severa com base nas necessidades (a metade inferior do gráfico), 15 também terão escassez com base na demanda (cinco moderadas e 10 severas). Nesses países, maiores investimentos serão necessários para fomentar a demanda e a oferta baseadas no mercado, e para alinhá-las mais próximas às necessidades de SRMNAH da população.

Por outro lado, entre os 35 países que enfrentam uma escassez moderada com base nas necessidades há 21 que, segundo projeções, terão atendido sua demanda econômica por profissionais ou terão exibido o paradoxo do excedente de demanda, mas uma escassez moderada com base nas necessidades. Isso indica que o crescimento do PIB dos países e os gastos com saúde não devem

FIGURA 4.8 **Oferta projetada em comparação com a demanda projetada em 143 países, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2030**

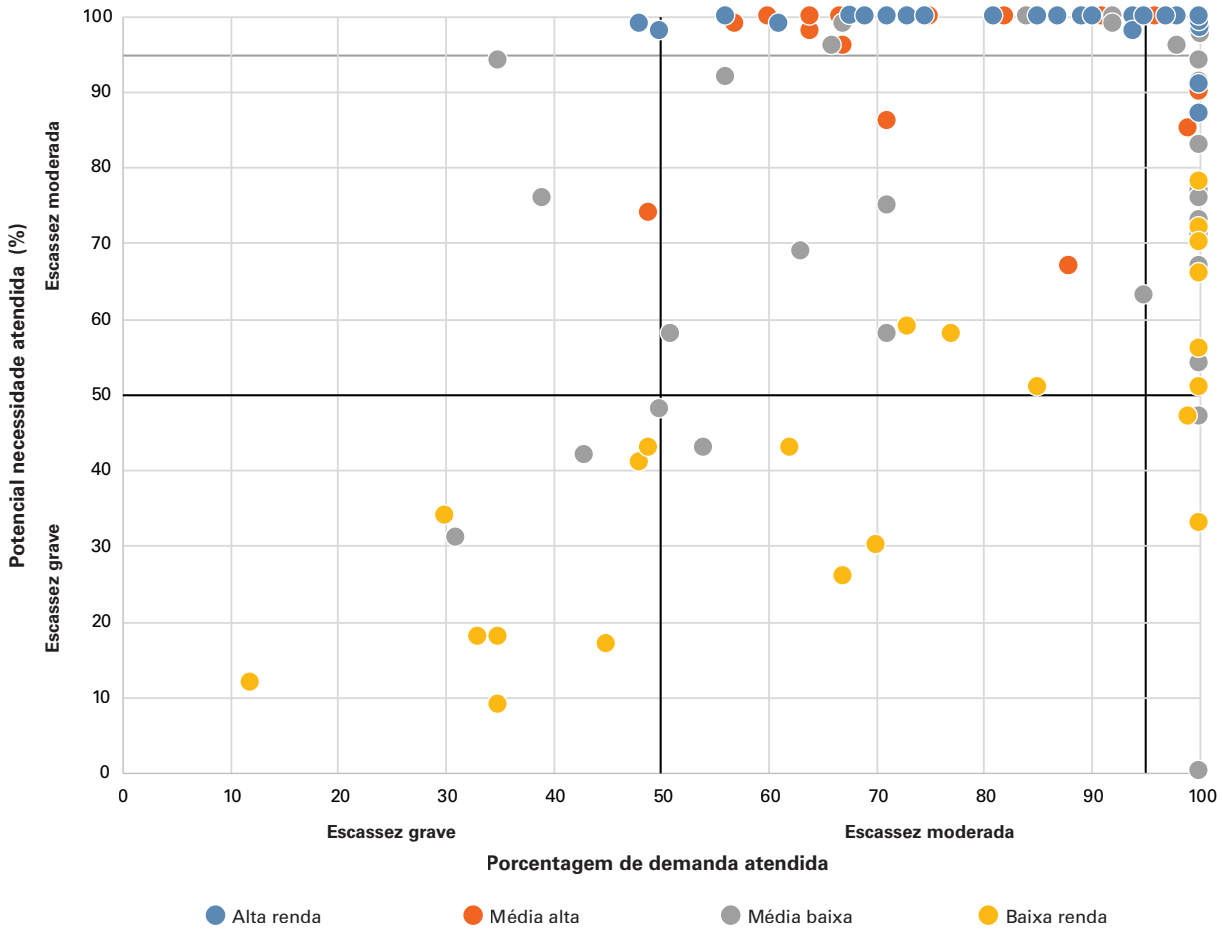


PMD = porcentagem da demanda atendida.

Fonte: Estimativas feitas para este relatório.

acompanhar o ritmo da necessidade crescente de serviços de SRMNAH devido ao aumento das pressões populacionais. É provável que isso leve ao desemprego de profissionais de saúde. Esses não são apenas países de baixa renda, mas também países de renda média alta e alta. Um terço dos países sem previsão de escassez com base nas necessidades (35 de 90), muitos deles na categoria de alta renda, precisará acelerar significativamente o ritmo de produção de profissionais da saúde a fim de garantir que sua oferta de profissionais de SRMNAH atenda à demanda. Isso teria o potencial de aumentar o custo dos profissionais de saúde, estimular os movimentos de mão-de-obra através das fronteiras e levar a mais desigualdades.

FIGURA 4.9 **Projeções de potenciais necessidades atendidas e a porcentagem de demanda atendida por força de trabalho de SRMNAH em 143 países, por grupo de renda do Banco Mundial, 2030**



Fonte: Estimativas feitas para este relatório.

IGUALDADE DE ACESSO À FORÇA DE TRABALHO EM SRMNAH

CAPÍTULO 5

Os cálculos de demanda e necessidade constantes no relatório SoWMy e apresentados no Capítulo 4 têm limitações, particularmente porque eles não levam em consideração as desigualdades dentro do país quanto à disponibilidade e ao acesso aos profissionais de SRMNAH. A menos que a força de trabalho esteja equitativamente disponível e acessível a todos os usuários dos serviços, e seja capaz de fornecer a mesma qualidade de atendimento para todos, ela não atenderá a todas as necessidades de serviços de SRMNAH, não obstante do número de profissionais de saúde.

Do ponto de vista do usuário do serviço, o conceito de acessibilidade tem várias dimensões. As barreiras ao acesso podem ser causadas pela falta de: acessibilidade física (relativa à distância, transporte, segurança pessoal e outros desafios físicos); organização do serviço (horários de funcionamento, tempos de espera, sistemas de encaminhamento, âmbitos de atuação, confidencialidade, estigma, etc.); e acessibilidade (relacionada a taxas de uso, pagamentos informais ou outros custos associados à busca de atendimento por um profissional de SRMNAH).

O acesso ou a escolha também podem ficar limitados pelas atitudes e valores do prestador, por exemplo, em relação às características pessoais do usuário do serviço (idade, sexo, orientação sexual, etnia, idioma, deficiência, identidade de gênero, religião, estado civil, pessoa com HIV etc.) ou seu direito de acesso a serviços de contracepção ou atenção integral ao abortamento (96, 97).

Acessibilidade física

A acessibilidade física é influenciada por decisões políticas sobre investimento em atenção básica à saúde e alocação de recursos humanos e infraestrutura. O acesso desigual pode ocorrer por muitos motivos, inclusive geografia, topografia, clima, conflito, violência, desastres naturais e âmbitos de atuação restritos para profissionais de saúde básica.

Um exemplo notável de disparidades geográficas na disponibilidade da força de trabalho em saúde é aquele observado entre áreas urbanas e rurais (98), mas mesmo dentro de áreas urbanas pode haver desigualdade devido a fatores como pobreza e meios de transporte. O acesso desigual afeta diretamente os resultados de saúde materno-infantil. Por exemplo, estima-se que apenas 72% dos partos de mulheres de áreas rurais são atendidos por profissionais de saúde qualificados, em comparação com 90% das mulheres nas zonas urbanas (5). Com quase metade da população mundial e a maior parte dos pobres do mundo vivendo em áreas rurais, a distribuição equitativa da força de trabalho é de suma importância. A OMS publicou orientações sobre como aumentar

PRINCIPAIS MENSAGENS

- Os dados e análises da força de trabalho devem ser desagregados por características como gênero, grupo de ocupação e localização geográfica, de modo que lacunas na oferta possam ser identificadas e tratadas.
- Alguns grupos populacionais correm o risco de ter acesso restrito a profissionais de SRMNAH devido à idade, pobreza, localização geográfica, deficiência, etnia, conflito, orientação sexual, identidade de gênero, religião, etc.
- Os grupos "deixados para trás" requerem atenção especial para garantir que possam ter acesso ao atendimento por profissionais qualificados. A força de trabalho em SRMNAH requer uma política apoiadora e um ambiente de trabalho solidário, bem como formação e capacitação apropriadas, a fim de compreender e atender às necessidades específicas de grupos vulneráveis e, assim, prestar o atendimento que seja acessível e aceitável para todos.
- As vozes dos usuários dos serviços são essenciais para a compreensão dos fatores que influenciam seu comportamento de busca por atendimento.

QUADRO 5.1

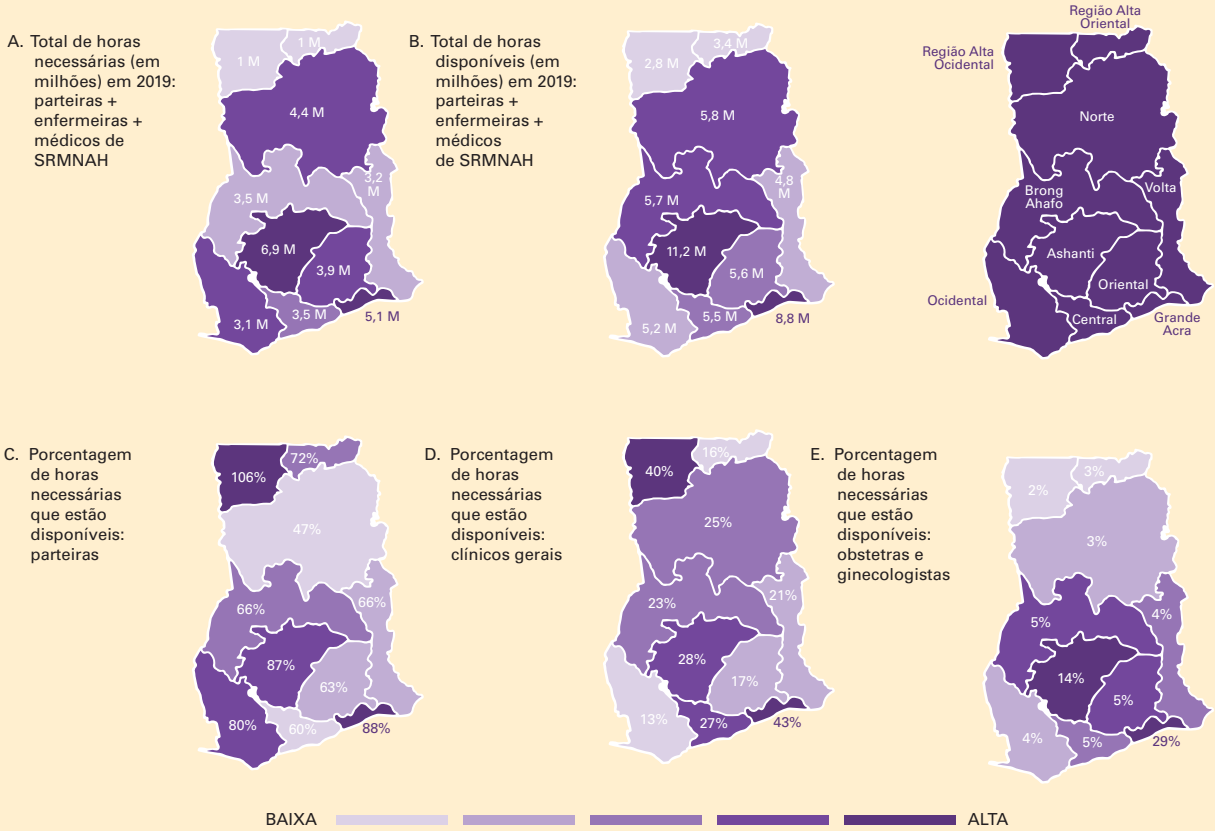
Estimativas em âmbito nacional podem mascarar variações geográficas e ocupacionais: o caso de Gana

Gana é um dos poucos países que forneceram dados sobre a força de trabalho para o relatório SoWMy de 2021 desagregados por grupo de ocupação e região subnacional. Usando esses dados e as estimativas subnacionais para indicadores demográficos e epidemiológicos (101-104), a necessidade de tempo de profissionais de SRMNAH em 2019 foi estimada separadamente para cada uma das 10 regiões de Gana da mesma forma que para a estimativa nacional, e mapeada de acordo com a disponibilidade.

O Mapa A mostra que as populosas regiões da Grande Accra e Ashanti tinham a maior necessidade de horas de trabalho em SRMNAH. O Mapa B mostra que essas duas regiões também tinham a maior disponibilidade de tempo dos três principais grupos ocupacionais de SRMNAH combinados (parteiras, enfermeiras e médicos de SRMNAH). Em todos os grupos de ocupação, o tempo total disponível excedeu o tempo necessário, por uma margem considerável em cinco das regiões. No entanto, a desagregação por grupo de ocupação mostrou que este quadro geral positivo se deveu principalmente a uma grande oferta de enfermeiros. Os enfermeiros são, obviamente, um importante grupo de ocupação em SRMNAH e podem atender a algumas das necessidades. No entanto, algumas intervenções essenciais de SRMNAH requerem parteiras e médicos, e esta análise destacou uma escassez significativa com base nas necessidades desses grupos de ocupação, com muita variação regional.

Em contraste com os números agregados no Mapa B, o Mapa C mostra que apenas uma região (Região Alta Ocidental) tinha parteiras suficientes para atender às necessidades, enquanto a região Norte tinha menos da metade do tempo de parteira necessário. Os mapas D e E mostram que o tempo de médico disponível era insuficiente em todas as regiões: nenhuma região tinha disponível nem a metade das horas necessárias. Grande Acra e Região Alta Ocidental tinham os melhores suprimentos de médicos clínicos gerais, mas mesmo aqui menos da metade das horas necessárias estavam disponíveis. A escassez de obstetras e ginecologistas era ainda mais séria: novamente, Grande Acra tinha o melhor suprimento, mas apenas 29% do tempo necessário de obstetra e ginecologista estava disponível. O baixo número de médicos sugere que, se a disponibilidade fosse mapeada de acordo com a necessidade em âmbito distrital, poderia haver distritos sem especialistas, especialmente onde não há hospitais, deixando outros profissionais de saúde para lidar com emergências obstétricas.

Esta análise sublinha a importância dos dados desagregados como parte do planejamento da força de trabalho em saúde e do monitoramento e avaliação dos esforços para aumentar a equidade na disponibilidade dos profissionais de saúde.



Contribuição de Winfred Dotse-Gborgbortsi (WorldPop, Escola de Geografia e Ciências Ambientais, Universidade de Southampton).

a acessibilidade aos profissionais de saúde em áreas remotas e rurais por meio de uma melhor retenção (99). Um elemento-chave da orientação é o processo rigoroso de monitoramento e avaliação dos esforços para aumentar a disponibilidade dos profissionais de saúde, o que requer dados desagregados geograficamente. Avanços recentes no uso de sistemas de informação geográfica para medir e compreender as variações geográficas no acesso aos profissionais e serviços de SRMNAH trazem uma oportunidade significativa (100), mas é necessário haver investimento e compromisso para garantir dados e análises de alta qualidade. Isso fica evidente pelo fato de que muito poucos países forneceram dados de profissionais de SRMNAH ao sistema NHWA que foram desagregados por área administrativa. O Quadro 5.1 ilustra as percepções adicionais importantes possibilitadas por meio dos dados desagregados.

Posturas e comportamento do prestador

Mesmo que os profissionais de SRMNAH estejam disponíveis e acessíveis, se o atendimento que eles oferecem não for aceitável para os usuários dos serviços e suas comunidades, então as mulheres e adolescentes podem escolher não usar, ou podem ser impedidas de usar, os serviços de SRMNAH. Em vez disso, elas eventualmente consultam profissionais não qualificados, ou mesmo nenhum. Relatos de interações com profissionais de SRMNAH, sejam delas próprias ou de outras pessoas, podem influenciar as decisões sobre acessar os serviços ou não. Esses fatores costumam ter mais influência do que a distância e o custo nas decisões sobre onde e com quem dar à luz (105), e isso pode representar uma barreira significativa ao acesso. Algumas comunidades abordaram esta questão estabelecendo sistemas de atendimento conduzido por parteiras, por parteiras de suas próprias comunidades, para que as usuárias dos serviços não evitem procurar atendimento em sistemas que as discriminem (106, 107).

Em âmbito mundial, a porcentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados aumentou (5), mas em alguns ambientes a falta de atendimento digno desencoraja mulheres e adolescentes de consultar um profissional de SRMNAH (Quadro 5.2).

QUADRO 5.2

Atendimento digno à maternidade

Cuidados de saúde materna respeitosos são uma filosofia abrangente, no centro da qual está uma abordagem baseada nos direitos humanos para a prestação de atendimento de alta qualidade centrados na mulher e no recém-nascido (35, 108). A carta Respectful Maternity Care Charter declara que a atenção à saúde materna de alta qualidade apoia e defende a dignidade da mãe e do recém-nascido e estabelece como esses direitos humanos devem ser garantidos na assistência à gravidez e ao parto (109). A força de trabalho na SRMNAH desempenha um papel importante na criação e manutenção de ambientes de atendimento que promovem uma assistência digna à maternidade. No entanto, o atendimento respeitoso requer primeiro sistemas e instalações que respeitem não apenas as mulheres e os recém-nascidos, mas também a força de trabalho na área da saúde: por exemplo, garantindo ambientes de trabalho eficazes e seguros, livres de intimidação e assédio, supervisão de apoio e remuneração justa.

Os ambientes e as interações de assistência à saúde podem refletir as desigualdades de gênero estruturais de uma sociedade, o que muitas vezes significa que as mulheres, tanto como usuárias dos serviços de saúde quanto como trabalhadoras da área da saúde, têm status social inferior ao dos homens (110, 111). Frequentemente, as parteiras são a espinha dorsal dos serviços de assistência à saúde materna, mas quando trabalham em ambientes desfavoráveis, suas contribuições podem não ser reconhecidas e recompensadas e muitas vezes não serem apoiadas ou serem desrespeitadas pelos supervisores. Esses ambientes geralmente oferecem maneiras limitadas de aliviar o estresse ou estimular a motivação, o que, por sua vez, pode levar a um atendimento desrespeitoso e de baixa qualidade (110). Além disso, em ambientes onde as mulheres vivenciam ou temem ser maltratadas, elas podem evitar o sistema de saúde por completo (105, 112).

Durante a Covid-19, os profissionais de saúde em muitos locais não tinham EPI suficiente e houve violações dos direitos das mulheres a cuidados de saúde materna dignos, como não permitir acompanhantes de parto, instituir separação obrigatória da mãe e do recém-nascido, restringir a amamentação e aumentar intervenções potencialmente prejudiciais sem indicação (por exemplo, cesariana, parto instrumental, indução e aumento do trabalho de parto) (113). As estruturas de direitos humanos devem orientar as políticas e práticas, mesmo durante uma pandemia, a fim de garantir que os direitos fundamentais e as melhores práticas clínicas sejam observados em serviços essenciais de saúde materna (114). A Covid-19 apresenta uma oportunidade de examinar, de maneira analítica, como os serviços de assistência à maternidade podem ser transformados para melhorar a qualidade, a equidade e a natureza da assistência centrada na mulher.

Contribuição de Meghan A. Bohren (Universidade de Melbourne, Austrália) e Özge Tunçalp (OMS).

> As parteiras devem ser reconhecidas como prestadoras de serviços de atenção primária, com base nas comunidades perto de onde as mulheres vivem, com foco na prevenção de complicações e níveis apropriados de intervenção.
>
> *Associação de parteiras*

As vozes das usuárias do serviço são essenciais para a compreensão dos fatores que influenciam seu comportamento de busca de atendimento (Quadro 5.3).

As necessidades de SRMNAH frequentemente envolvem questões pessoais sensíveis, então os usuários do serviço podem preferir consultar um profissional de saúde de um gênero específico. Sendo assim, é importante que a força de trabalho em SRMNAH inclua homens e mulheres, reconhecendo que um equilíbrio adequado provavelmente envolverá mais mulheres do que homens. Nos países que enviaram dados, 93% da força de trabalho mais ampla da obstetrícia, 89% da força de trabalho de enfermagem (excluindo aquelas com formação em obstetrícia) e 50% dos médicos de SRMNAH são mulheres. A Figura 5.1 mostra que esse padrão geral é verdadeiro para todas as regiões e grupos de renda, porém existem algumas variações. Os enfermeiros homens têm maior probabilidade de trabalhar em países de baixa renda. As médicas de SRMNAH têm maior probabilidade de trabalhar nas regiões da África e do Pacífico Ocidental (58% e 55%, respectivamente, dos médicos de SRMNAH são mulheres). Na África, isso se deve principalmente à Argélia e à Nigéria, que relatam um grande número de médicos de SRMNAH, dos quais dois terços são mulheres. Na maioria dos outros países africanos, a maioria dos médicos de SRMNAH são homens.

QUADRO 5.3

Atendimento em SRMNAH: campanha global revela o que as mulheres desejam

A campanha global 'What Women Want', liderada pela entidade White Ribbon Alliance, teve como objetivo questionar o que as mulheres desejam para seus próprios cuidados de saúde materna e reprodutiva, e exigir que suas necessidades sejam atendidas. Sua premissa é que as mulheres conhecem melhor suas próprias necessidades de saúde e que seu conhecimento deve ser ouvido (115).

A campanha começou na Índia em 2016, onde mais de 100 parceiros trabalharam juntos para ouvir quase 150.000 mulheres em 24 estados. As mulheres geraram uma longa lista de demandas, 20% delas relacionadas à disponibilidade de profissionais de saúde e 27% a serem tratadas com dignidade e respeito.

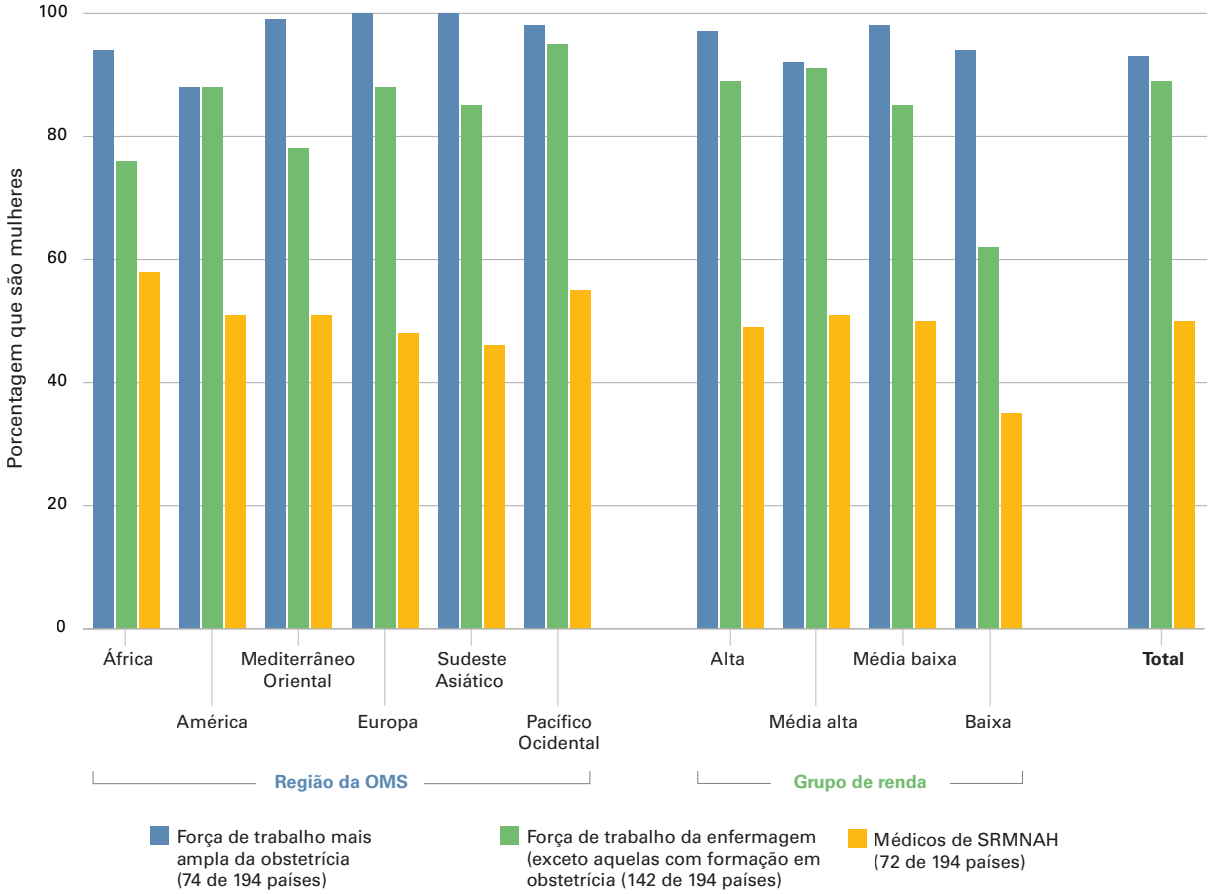
A campanha já foi lançada em muitos outros países, incluindo Quênia, Malaui, México, Nigéria, Paquistão, Uganda e República Unida da Tanzânia. Até agora, atingiu 1,2 milhão de mulheres em 114 países. Conta com mobilizadores de comunidades locais. Os métodos que eles usaram para ouvir as mulheres são muitos e variados: alguns são informais e públicos; outros são reflexivos e privados. O pedido de cada mulher é registrado, contado e classificado em temas.

Vários dos "20 principais" temas identificados até agora são diretamente relevantes para este relatório. O número 1 é "atendimento respeitoso e digno"; o número 4 é "mais parteiras e enfermeiras competentes e com melhor apoio"; o número 6 é "mais médicos competentes e com melhor apoio" e o número 17 é "mais profissionais do sexo feminino". A maioria dos outros temas está relacionada ao ambiente no qual os profissionais da SRMNAH atuam. Esses resultados mostram claramente a importância atribuída pelas mulheres à força de trabalho na SRMNAH e à qualidade da assistência que ela está habilitada a prestar.

Em muitas partes do mundo, as mulheres raramente são questionadas sobre suas necessidades e prioridades, então o ato de consultá-las foi afirmativo para elas. Outras, no entanto, estavam cansadas de ser questionadas, mas não viam mudanças. A campanha pede que os formuladores de políticas e tomadores de decisão em todos os níveis ouçam as vozes das mulheres participantes e ajam de acordo com elas para promover melhorias nos serviços de saúde.

Contribuição de Manju Chhugani, Aparajita Gogoi e Kristy Kade (White Ribbon Alliance).

FIGURA 5.1 **Porcentagem de profissionais da SRMNAH que são mulheres nos países informantes, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019 (ou último ano disponível desde 2014)**



Nota: Esses números são médias ponderadas pelo tamanho da população. Assim, os países grandes têm maior influência nas médias regionais e dos grupos de renda do que os países menores.

Fonte: NHWA, atualizado em 2020.

Grupos "deixados para trás"

Independentemente dos níveis gerais de disponibilidade e acesso, grupos populacionais vulneráveis ou marginalizados podem muitas vezes ser "deixados para trás", resultando em iniquidades. As pessoas eventualmente sofrem discriminação com base em uma ampla gama de características (muitas vezes cruzadas), como idade, identidade de gênero, orientação sexual, raça, casta, tribo, etnia, religião e deficiência. Dois suplementos do relatório SoWMy de 2021 (https://unfpa.org/sowmy) enfocam questões de força de trabalho relacionadas a adolescentes e mulheres, recém-nascidos e adolescentes que vivem ou procuram refúgio em ambientes humanitários e frágeis.

Estratégias para lidar com o impacto da Covid-19 no acesso aos profissionais de SRMNAH

A continuidade dos serviços de SRMNAH é crucial para mulheres, recém-nascidos e adolescentes. Mesmo durante uma pandemia global, mulheres e adolescentes precisam de atendimento de SRMNAH: a interrupção do serviço corre o risco de corroer os ganhos arduamente conquistados nos resultados de SRMNAH (116), potencialmente levando a um aumento de gravidez não-intencional, infecções sexualmente transmissíveis, abortos inseguros e aumento dos riscos à saúde para as mães, recém-nascidos e adolescentes (117). A PMNCH emitiu um chamado à ação, exortando os governos a proteger e promover a SRMNAH e os direitos ao longo das fases de resposta e recuperação da Covid-19 (22). De acordo com uma pesquisa da OMS (83), em março de 2021, 94% dos 135 países respondentes relataram algum tipo de interrupção nos serviços de saúde nos 3 meses anteriores por causa da Covid-19, e quase metade informou que reduziu intencionalmente a prestação. Os serviços relacionados à contracepção foram interrompidos em 44% dos países, os serviços pré-natais em 39% dos países e os serviços de parto baseados em instalações em 25% dos países. As interrupções resultaram de uma combinação de fatores de oferta e demanda. Do lado da demanda, 57% dos países relataram reduções no atendimento ambulatorial,

mas isso foi menos comum em 2021 do que em uma rodada anterior de coleta de dados em 2020. Outros fatores mencionados incluíram medo e desconfiança da comunidade (57% dos países), dificuldades financeiras causadas por lockdowns (43%) e interrupções na cadeia de abastecimento (29%). Outro estudo estimou que as interrupções no serviço devido à Covid-19 poderiam resultar em 2,7 milhões de abortos inseguros (118).

Uma análise do Global Financing Facility sobre o impacto da Covid-19 nos serviços essenciais de saúde para mulheres e crianças baseou-se em dados relatados por 63.000 unidades de saúde e destacou os efeitos semelhantes da pandemia na área de SRMNAH (119). A análise dos dados até junho de 2020 mostrou que o número de mulheres que compareceram a quatro consultas de cuidados pré-natais durante a gravidez diminuiu na Libéria. Na Nigéria, 26% dos entrevistados que precisavam de serviços de saúde disseram que não tinham acesso aos serviços de que precisavam. Destes, um quarto disse que isso se deveu a lockdowns e restrições de movimento impostas para controlar a pandemia. Os resultados foram mistos entre os indicadores. Por exemplo, na Nigéria, os serviços relacionados a métodos anticoncepcionais diminuíram mais de 10% em abril de 2020 e 15% em maio; mulheres que deram à luz em unidades de saúde diminuíram 6%. No Afeganistão, no entanto, enquanto as consultas pós-parto não foram afetadas pela crise, as consultas ambulatoriais caíram 14%.

As interrupções nos serviços de saúde e o impacto de infecções adquiridas no trabalho afetaram significativamente os profissionais de saúde (120, 121). Um estudo global com mais de 700 prestadores de cuidados maternos em países de alta, média e baixa renda mostrou os desafios adicionais impostos pela necessidade de aquisição de conhecimento e comunicação, especialmente no que diz respeito ao atendimento de mulheres, infectadas ou não por Covid-19 (122).

As evidências ainda não captam totalmente o impacto da Covid-19 na saúde e nos direitos das mulheres, dos recém-nascidos e adolescentes. No entanto, como o vírus pode afetar negativamente os resultados da SRMNAH, é essencial que as autoridades de saúde orientem os profissionais de SRMNAH sobre os efeitos da Covid-19 nos cuidados de saúde materno-infantil (123) e em sua própria saúde física e mental enquanto trabalham neste novo ambiente. A OMS publicou orientações provisórias sobre o uso de dados de rotina para monitorar os efeitos do Covid-19 nos serviços essenciais de saúde, inclusive na SRMNAH (124).

Exame médico em uma clínica em Potracancha, departamento de Huánuco (Perú).
© Gates Archive/Mark Makela.

HABILITAÇÃO E CAPACITAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DE SRMNAH: QUESTÕES DE GÊNERO

CAPÍTULO 6

A força de trabalho da saúde é, em média, 70% composta por mulheres, embora existam diferenças de gênero por ocupação (125). As mulheres representam 93% das parteiras e 89% das enfermeiras, em comparação com 50% dos médicos de SRMNAH (ver Capítulo 5). As consideráveis disparidades de gênero nos salários, planos de carreira e poder de decisão criam ineficiências sistêmicas ao limitar a produtividade, distribuição, motivação e retenção das trabalhadoras na área da saúde (126).

O investimento na força de trabalho na área da saúde pode estimular o crescimento econômico inclusivo, principalmente devido à criação de empregos, especialmente para mulheres e jovens (17, 127). Aumentar a educação e o emprego das parteiras desempenhará um papel importante na garantia da igualdade de gênero em salários e cargos. No entanto, os preconceitos de gênero persistentes e a falta de reconhecimento e subvalorização do trabalho não remunerado e informal das mulheres precisam ser reconhecidos e tratados. Barreiras sociais, culturais, econômicas e profissionais significativas, inclusive desigualdade de gênero, são conhecidas por impedir a prestação de cuidados obstétricos de alta qualidade em países de baixa e média renda (57). Este capítulo fornece uma visão geral das principais questões envolvidas na capacitação e no empoderamento da força de trabalho da obstetrícia por meio de políticas transformadoras de gênero e outras medidas.

Análises recentes destacaram várias questões críticas para as parteiras: liderança; trabalho decente, livre de todas as formas de discriminação e assédio, inclusive assédio sexual; disparidades salariais de gênero; e segregação ocupacional em toda a força de trabalho, que tem ressonância específica para a SRMNAH (128, 129). Políticas e medidas transformadoras na questão de gênero para a força de trabalho em saúde devem ser implementadas a fim de atingir as metas globais de cobertura universal de saúde, especialmente para mulheres e recém-nascidos.

A pandemia de Covid-19 também teve um impacto desproporcional sobre as mulheres, especialmente em termos de segurança no emprego, aumento das responsabilidades de cuidar e educar em casa e aumento da incidência de violência de gênero, especialmente no lar. Além disso, a pandemia afetou a saúde dos profissionais de saúde, especialmente das mulheres. As condições inseguras de trabalho relatadas incluem falta de acesso a equipamentos de proteção

PRINCIPAIS MENSAGENS

- A força de trabalho em saúde é em média 70% composta de mulheres, com diferenças de gênero por ocupação. Pessoas que atuam como parteiras têm maior probabilidade de ser mulheres; elas sofrem com disparidades de gênero consideráveis nos salários, planos de carreira e poder de tomada de decisão.
- Apenas metade dos países pesquisados têm líderes parteiras no Ministério da Saúde nacional. Oportunidades limitadas para as parteiras ocuparem cargos de liderança e a escassez de mulheres que sejam modelos em posições de liderança impedem o avanço na carreira das parteiras e sua capacidade de trabalhar com todo o seu potencial.
- O acesso a um trabalho decente livre de violência e discriminação é essencial para enfrentar as barreiras e desafios relacionados ao gênero. Todos os países precisam de políticas para prevenir ataques a profissionais de saúde.
- Um ambiente de política transformadora de gênero desafiará as causas subjacentes das desigualdades de gênero, garantirá os direitos humanos, a autonomia e o bem-estar dos cuidadores, tanto remunerados quanto não remunerados, reconhecerá o valor do trabalho em saúde e do trabalho feminino e recompensará adequadamente.

> Deveria haver cargos de parteira-chefe nos ministérios da saúde.
>
> Deveria haver planos de carreira claros para as parteiras.
>
> *Associação de parteiras*

individual eficazes, longas horas de trabalho, isolamento da família e violência e assédio aos profissionais de saúde (130). É provável que tais condições tenham levado as mulheres a abandonar a profissão ou a assumir funções não clínicas (131, 132).

Segregação ocupacional por gênero

A segregação ocupacional por gênero é estimulada por normas de gênero de longa data que definem o cuidar como um trabalho feminino e retratam os homens como mais adequados para especialidades técnicas, como a medicina (128). A obstetrícia e o papel de cuidar de mulheres e recém-nascidos são frequentemente desvalorizados, fazendo com que as parteiras não tenham voz e lugar na mesa de liderança: isso prejudica o respeito, o acesso a um trabalho decente e a igualdade de remuneração.

A maioria dos médicos, dentistas e farmacêuticos são homens, enquanto quase todas as pessoas que atuam como parteiras e a maioria dos profissionais de enfermagem são mulheres (125). Aos grupos de ocupações de saúde constituídos predominantemente por mulheres são atribuídos valor social, poder e remuneração mais baixos do que àqueles constituídos predominantemente por homens. As profissionais de saúde frequentemente têm múltiplas funções: ser cuidadoras principais das crianças, precisar e querer ser economicamente produtivas, ao mesmo tempo que administram as expectativas da comunidade de que farão trabalho não remunerado. A obstetrícia, em particular, é vista como "trabalho feminino" (133, 134), o que frequentemente confunde e subestima as contribuições econômicas e profissionais das parteiras para a sociedade (57).

A segregação de gênero muitas vezes resulta em restrição de escolhas e oportunidades de trabalho para parteiras e reforça estruturas de poder desiguais dentro da sociedade (128). Hierarquias de gênero no local de trabalho (135) e barreiras sociais, econômicas e profissionais muitas vezes impedem as parteiras de trabalhar em todo o seu potencial e causam frustração no local de trabalho, levando ao desgaste ou à incorporação de estereótipos. As parteiras podem carecer de autonomia profissional dentro da força de trabalho de saúde se suas capacidades e habilidades não forem reconhecidas ou forem subestimadas por hierarquias médicas e outras institucionais (129). A autonomia profissional é estabelecida em regulamentos nacionais, como aqueles sobre o âmbito da atuação, mas esses regulamentos podem ser influenciados por hierarquias médicas ou outras hierarquias institucionais. As vozes das parteiras deixam claro que "poder, autonomia para agir e status" são de vital importância para as parteiras, se quisermos que haja progresso na prestação de atendimento de alta qualidade (129).

Liderança das parteiras

A liderança na área de saúde é essencial para permitir que as parteiras trabalhem em seu potencial máximo. Enquanto 70% da força de trabalho de saúde e assistência social são mulheres, apenas 25% dos cargos de chefia são ocupados por mulheres (128). O número de países com parteiras em funções de liderança

Uma parteira realiza um check-up pré-natal em uma clínica do município de Gebre Guracha, na região de Oromia (Etiópia). © Fundação Bill e Melinda Gates/Prashant Panjiar.

(ver glossário) foi explorado na pesquisa de associações membros da ICM. Dos 80 países que forneceram dados, a maioria (71%) relatou pelo menos uma parteira chefe em algum nível (no Ministério da Saúde nacional, escritórios subnacionais do ministério da saúde, autoridade reguladora ou unidades de saúde). A maior parte dos restantes (20%) não conseguiu obter essa informação, sendo que 9% relataram não haver parteiras em cargos de liderança em nenhum nível. A Tabela 6.1 mostra que os países eram mais propensos a ter parteiras em posições de liderança nas unidades de saúde; pouco mais da metade tinha líderes parteiras no Ministério da Saúde ou em autoridades regulatórias. Havia maior probabilidade de líderes parteiras serem encontradas em países das Américas e regiões do Mediterrâneo Oriental, mas o pequeno número de países respondentes significa que esses resultados podem não ser representativos de todos os países nessas regiões. A nomeação de parteiras seniores como líderes em âmbito nacional poderia alavancar significativamente o desenvolvimento de capacidades.

Oportunidades limitadas de liderança e a escassez de mulheres líderes como modelos a serem seguidos atrapalham a capacidade das parteiras de subir os degraus da liderança. Também é provável que, quando nenhuma parteira ocupa cargos de liderança de nível médio, como em nível distrital/provincial, haja uma lacuna significativa na capacidade desses níveis de fornecer supervisão de apoio e mentoria para parteiras e a capacidade de tomar boas decisões em questões que afetem as parteiras.

A interseção de questões como gênero, etnia, idade, localização geográfica e status socioeconômico contribui para várias camadas de desvantagem, inclusive aspectos de segregação ocupacional. As mulheres são mais propensas a trabalhar em meio período: uma barreira adicional para o acesso a funções formais de liderança (125). A falta de investimento no desenvolvimento profissional das mulheres, especialmente no desenvolvimento e utilização de habilidades de liderança, as inibe de defender sua causa (136) e perpetua ainda mais a segregação de gênero.

TABELA 6.1

Porcentagem de 80 países com parteiras em posições de liderança, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial, 2019–2020

		% de países com parteiras na liderança em...				
	Número de países notificantes/ total	MS Nacional	MS subnacional	Autoridade reguladora	Instalações de saúde	Qualquer nível
REGIÃO DA OMS						
África	29/47	66%	52%	45%	62%	69%
Américas	12/35	75%	75%	67%	92%	92%
Mediterrâneo Oriental	8/21	50%	75%	63%	63%	88%
Europa	13/53	15%	23%	54%	46%	54%
Sudeste Asiático	7/11	29%	71%	43%	71%	57%
Pacífico Ocidental	11/27	45%	64%	64%	73%	73%
GRUPO DE RENDA						
Alta	19/61	21%	42%	68%	58%	63%
Média alta	12/55	75%	75%	67%	75%	83%
Média baixa	29/49	48%	52%	45%	55%	66%
Baixa	20/29	70%	65%	45%	60%	80%
TOTAL	**80/194**	**51%**	**56%**	**54%**	**60%**	**71%**

MS = Ministério da Saúde.

Nota: Alguns países responderam "não sei": eles estão incluídos nos denominadores das porcentagens acima. Eles eventualmente têm líderes parteiras, mas não foram capazes de especificar quantas.

Fonte: Pesquisa da ICM.

Treinamento de trabalhadores de SSRMNA em Papua Nova Guiné.
© Heather Gulliver.

Algumas parteiras expressaram preocupação com o fato de que as oportunidades de liderança podem ser limitadas em países onde a obstetrícia está incluída nas estruturas de enfermagem (129).

O programa Jovens Líderes Parteiras (Young Midwife Leaders) da ICM é um exemplo de apoio às parteiras no desenvolvimento de suas habilidades de liderança (Quadro 6.1).

Trabalho decente

Condições decentes de trabalho no setor saúde são fundamentais para a prestação de atendimento de qualidade e eficaz. Os déficits de trabalho decente estão entre as principais razões pelas quais quase todos os países enfrentam desafios no recrutamento, na distribuição e retenção de profissionais de saúde bem treinados e motivados (137).

A capacidade de ter acesso a um trabalho decente, livre de violência e discriminação, é essencial para enfrentar as barreiras e os desafios relacionados ao gênero para a força de trabalho em SRMNAH (128). A violência no local de trabalho afeta todos os profissionais de saúde, mas é particularmente prejudicial às mulheres (136). O assédio sexual no local de trabalho também causa danos, problemas de saúde, desligamentos, baixo moral e estresse.

Ficou demonstrado que as relações de poder de gênero e sua interseccionalidade com outros fatores, como idade, estado civil, etnia e renda, embora muitas vezes invisíveis, estão associadas ao tipo e fonte de violência vivenciada por mulheres que trabalham em profissões de saúde (136, 138). Em 2019, a Conferência Internacional do Trabalho adotou uma nova convenção e recomendação para combater a violência e o assédio no local de trabalho. É o primeiro tratado internacional a proclamar o direito ao trabalho livre de violência e assédio, inclusive violência e assédio por questões de gênero. O setor de saúde é reconhecido como aquele que envolve um alto risco de exposição à violência e ao assédio: o tratado conclama os membros a adotar medidas para combater esse risco (139).

Apesar desse foco internacional na violência e no assédio no local de trabalho, apenas metade (52%) dos 164 países que fornecem dados no sistema NHWA têm políticas nacionais ou subnacionais para prevenir ataques a profissionais de saúde, sendo que outros 10% dizem que isso é parcialmente verdade. A Figura 6.1 mostra que os países do Sudeste Asiático e do Mediterrâneo Oriental são mais propensos a ter essas medidas em vigor e que elas são mais comuns em países de alta renda (65%, em comparação com 47% dos países de baixa e média renda).

QUADRO 6.1

Construindo a próxima geração de líderes parteiras

O programa Jovens Líderes Parteiras (YML, na sigla em inglês) da ICM permite que jovens parteiras (com menos de 35 anos) de países de baixa e média renda aprendam como se desenvolver como líderes na profissão e fortalecer suas associações nacionais de parteiras. Os objetivos do programa da ICM são:

- aumentar o conhecimento, as habilidades e a autoconfiança relativamente à liderança (por exemplo, para planejamento estratégico, gerenciamento de projetos e defesa de políticas);
- aumentar a conscientização sobre os sistemas de saúde; e
- aumentar o compromisso com o profissionalismo das parteiras, sua formação, as políticas que as regem, as associações nacionais/regionais de parteiras e o sistema de saúde em que atuam.

Além do programa global liderado pela ICM, o UNFPA apóia um programa de YML em 11 países da América Latina e Caribe e seis estados no México. Várias coortes já se beneficiaram do programa. Prevê-se que as ex-alunas formarão uma comunidade global de jovens defensoras de parteiras, compartilhando ideias e experiências para transformar a obstetrícia. Abaixo, algumas jovens parteiras compartilham suas opiniões sobre o programa YML.

Sandra Blanco
MÉXICO
"Foi uma grande oportunidade de desenvolver minhas habilidades em mentoria, acompanhamento, liderança e gestão."

Sylvia Hamata
NAMIBIA
"Ser uma YML aumentou minha inteligência emocional e autoconfiança para usar minha voz e minhas habilidades para defender sem medo a força de trabalho de parteiras, mulheres e recém-nascidos. Estar exposta e ligada à comunidade global ampliou meu conhecimento sobre o impacto do trabalho das parteiras no bem-estar materno e do recém-nascido."

Bartholomew Kamlewe
ZAMBIA
"A exposição a cursos de liderança online e webinars levou a um aumento marcante em meu conhecimento sobre questões de obstetrícia de uma perspectiva global e aumentou minhas habilidades de defesa de questões maternas e neonatais."

Sandra Lopez
PARAGUAI
"O principal objetivo do programa foi dar visibilidade às parteiras, para que a sociedade reconheça a sua existência, sua importância e suas funções."

Andrea Matos Orbegoso
PERÚ
"O programa YML motivou minha vida pessoal e profissional. Conhecer jovens parteiras de outros países da região que estavam apenas começando suas carreiras me ajudou a entender as necessidades da profissão e como eu poderia contribuir. "

Tekla Shiindi Mbidi
NAMIBIA
"O programa YML me apresentou uma oportunidade incrível. Minha perspectiva sobre a obstetrícia mudou completamente e agora posso falar com confiança para e sobre parteiras, sua profissão e prática. Desenvolvi uma rede global de parteiras jovens e parteiras experientes, incluindo líderes globais em obstetrícia".

Luseshelo Simwinga
MALAWI
"O programa YML me capacitou a me tornar uma líder proativa em obstetrícia, para defender os direitos das mulheres grávidas e dos recém-nascidos e em atuar prol de um atendimento digno. O programa também me forneceu redes perfeitas, as quais posso aproveitar para obter conhecimentos de obstetrícia para a minha prática diária".

Samson Udho
UGANDA
"O programa YML transformou minhas habilidades de networking e liderança. Sinto-me mais firme como líder e capaz de transformar ideias em ações práticas e sustentáveis que fortaleçam minha carreira e também a profissão de parteira".

Contribuição de Ann Yates (ICM), Alma Virginia Camacho-Hübner (UNFPA) e Joyce Thompson (consultora do UNFPA).

As desigualdades de gênero aumentam o risco de um ambiente de trabalho inseguro devido a algumas das questões mencionadas acima, inclusive a falta de oportunidade e reconhecimento, salários baixos ou desiguais, ambientes de trabalho precários e falta de segurança no emprego (136). Conforme observado nos capítulos anteriores, há uma falta de dados sobre a força de trabalho em SRMNAH, e os dados que existem raramente são desagregados por gênero e profissão.

O movimento sindical é uma importante força de negociação por condições decentes. Muitos países carecem de leis que exijam e promovam a igualdade de gênero no trabalho. Os trabalhadores da saúde que são homens têm maior probabilidade do que as mulheres de se organizarem em sindicatos e, portanto, são mais propensos a defender salários e condições adequadas aos homens (128). A ausência de negociação coletiva em muitos países leva a disparidades salariais de gênero que colocam as mulheres em desvantagem econômica para o resto da vida.

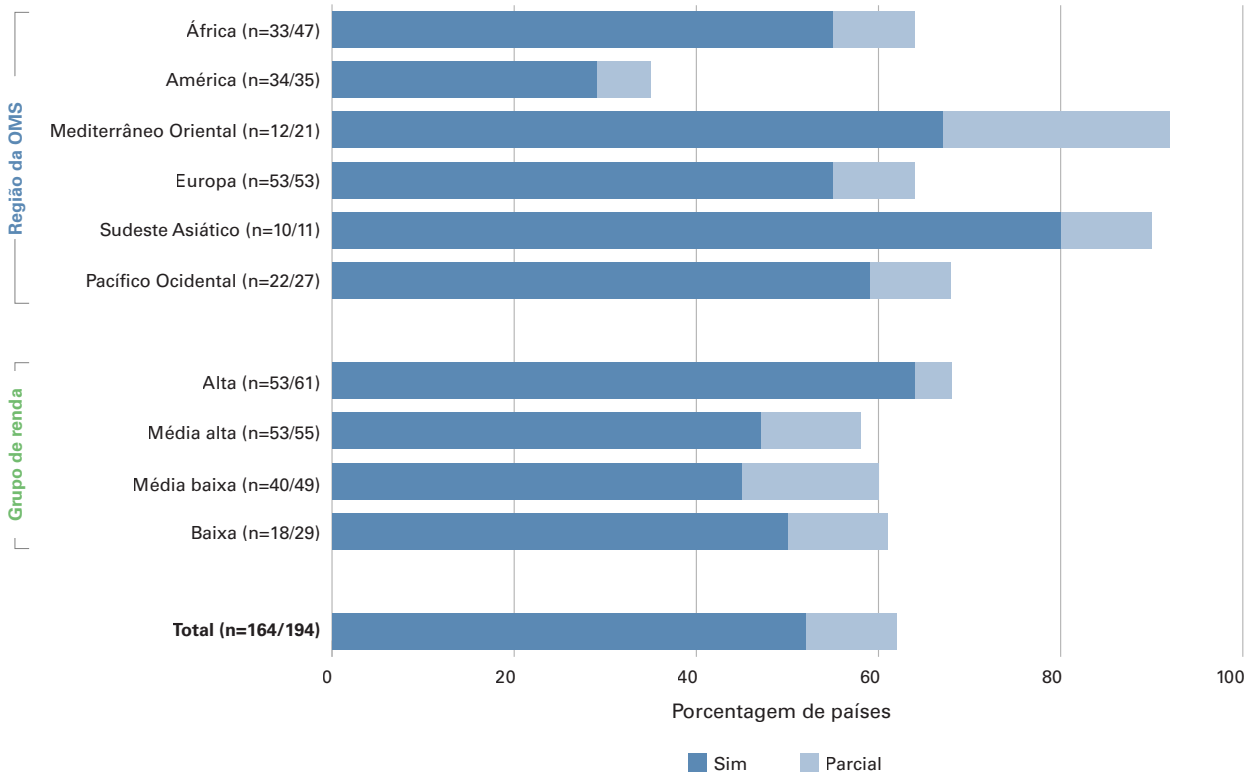
O diálogo social é fundamental para alcançar condições de trabalho decentes. O principal objetivo do diálogo social é promover a construção de consensos e o envolvimento democrático entre as principais partes interessadas no mundo do trabalho. O Quadro 6.2 fornece exemplos de como o diálogo social tem sido aplicado às parteiras.

Garantir que as parteiras, bem como seus empregadores e outras partes interessadas relevantes, tenham a oportunidade de fazer suas vozes serem ouvidas é fundamental para que possam desempenhar um papel pleno e ativo na formação e no desenvolvimento da força de trabalho na SRMNAH. A Convenção do Pessoal de Enfermagem de 1977 (145), quando aplicável à força de trabalho na SRMNAH, exige a promoção da participação dos funcionários no planejamento de políticas mais amplas de saúde e enfermagem. Prevê a negociação como meio para determinar as condições de trabalho e estabelece mecanismos de resolução de conflitos. As parteiras que também são enfermeiras são abrangidas por esta convenção; ainda devem ser realizados mais esforços de maneira a incluir explicitamente as parteiras nestas disposições.

Disparidade salarial entre gêneros

A disparidade salarial entre homens e mulheres não é exclusiva da área de saúde, mas os relatórios sugerem que a disparidade é maior nessa área do que em outros setores (125, 128). A disparidade

FIGURA 6.1 **Existência de políticas ou leis nacionais ou subnacionais em 164 países para a prevenção de ataques a profissionais de saúde, 2019, por região da OMS e grupo de renda do Banco Mundial**



Fonte: CNPS, atualização de 2020.

salarial entre homens e mulheres é reforçada por mulheres empregadas em funções de status inferior ou de baixa remuneração, destacando ainda mais a intersecção com a segregação ocupacional. O Quadro 6.3 destaca essas desigualdades salariais no Marrocos e na Tunísia. A assistência social e de saúde não remunerada também contribui para as disparidades salariais entre homens e mulheres no trabalho no setor de saúde e de cuidados (146).

As parteiras relataram rendimentos inferiores aos de profissões semelhantes, às vezes exigindo delas que dependessem de outras fontes de renda para sobreviver ou cobrassem pagamentos informais. Essas situações podem aumentar a pressão e o cansaço das parteiras e reduzir sua acessibilidade às mulheres, aos recém-nascidos e adolescentes. Em países de renda baixa e média, as parteiras relataram não terem sido reembolsadas por meio de programas de seguro do governo. Essas parteiras priorizaram cuidar de mulheres que pudessem pagá-las diretamente ou tomaram empréstimos, correndo o risco de estresse financeiro pessoal (129).

Essas questões não são exclusivas de países de baixa e média renda. As parteiras em alguns países ricos reclamaram publicamente da desigualdade salarial e procuraram abordar as barreiras estruturais que contribuem para essa desigualdade (147, 148). Na Nova Zelândia, essa questão chegou ao Supremo Tribunal do país: foi alcançado um acordo que estabeleceu o compromisso das partes de projetar em conjunto um novo modelo seguindo os princípios de igualdade de remuneração, e as discussões estão em andamento.

Rumo a políticas transformadoras de gênero

A maioria dos preconceitos e diferenças de gênero mencionados neste capítulo refletem um sistema injusto e têm persistido por décadas. Apontam para a demanda de um sistema reformado e um ambiente de trabalho que crie condições de trabalho decentes para as mulheres e resolva as disparidades de gênero nas questões de liderança e remuneração (128). É necessário um ambiente político transformador na questão de gênero que desafie as causas subjacentes das desigualdades de gênero, garanta os direitos humanos, a autonomia para agir e o bem-estar das cuidadoras, tanto remuneradas quanto não remuneradas, reconheça o valor real do trabalho na área da saúde e do trabalho feminino e as recompense adequadamente (128, 146, 149).

Um emprego de boa qualidade que promova a igualdade de gênero e beneficie todas as partes (usuários dos serviços, prestadores e cuidadores não remunerados) é possível e viável (146). A Organização Internacional do Trabalho desenvolveu a Estrutura 5R para Trabalho de Cuidado Digno, que exige um ambiente político transformador ao: reconhecer, reduzir e redistribuir o trabalho de cuidado não remunerado; recompensar o trabalho de cuidado remunerado; promover mais trabalho e trabalho decente para os prestadores de cuidados; e garantir a representação dos trabalhadores desse setor, o diálogo social e a negociação coletiva (146). Um plano de carreira para parteiras

QUADRO 6.2

A importância do diálogo social

O diálogo social pode contribuir positivamente para o desenvolvimento e a reforma dos serviços de saúde. O diálogo social reúne governos, organizações de empregadores e trabalhadores e outros líderes políticos para que cheguem a acordos sobre questões sobre as quais eles têm pontos de vista diferentes (140). A liberdade dos profissionais de saúde de expressar suas preocupações e de se organizar e participar livremente no diálogo social é garantida pelos direitos fundamentais à liberdade de associação e pelo reconhecimento efetivo do direito à negociação coletiva (141). Um diálogo social eficaz requer parceiros sociais fortes, representativos e independentes (137).

Em todo o mundo, as organizações de trabalhadores estão ativamente engajadas no diálogo social com organizações de empregadores e governos. Em 2018, o Serviço de Orientação e Representação de Empregados de Obstetrícia (um sindicato que representa parteiras na Nova Zelândia) assinou um acordo coletivo entre diversos empregadores com os conselhos distritais de saúde. O acordo de três anos cobre tópicos relativos à segurança dos empregados, jornada de trabalho, inclusive intervalos e períodos de descanso, salário e adicionais, licenças e educação, treinamento e desenvolvimento. Tem como objetivo garantir o desenvolvimento sustentável e responsável da força de trabalho para fornecer atendimento de saúde de alta qualidade (142). O Sindicato de Parteiras e Enfermeiras de Malta assinou um acordo setorial de cinco anos com o Ministério da Saúde em 2018 que visa a melhorar substancialmente as condições de trabalho para enfermeiras e parteiras que trabalham nos serviços públicos (143). Dentro do Sindicato dos Serviços Unidos da Alemanha, grupos de interesse regionais específicos para parteiras foram estabelecidos para fortalecer a visibilidade e a voz das parteiras dentro do sindicato (144).

QUADRO 6.3

Variações salariais entre profissionais de SRMNAH: os casos de Marrocos e Tunísia

Comparar os salários de diferentes profissionais de SRMNAH em dois países de renda média que têm forças de trabalho de saúde relativamente bem desenvolvidas (Marrocos e Tunísia) traz à tona as desigualdades. A tabela a seguir mostra o salário inicial mensal bruto para trabalhadores do setor público, comparando parteiras, médicos de clínica geral, obstetras e ginecologistas, além de comparar esses salários ao Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti (SMIG, no original), o salário mínimo garantido do setor público, que está consagrado por lei.

	Marrocos		Tunísia		Salário comparado ao SMIG	
	Dirhams marroquinos	Equivalente em dólares americanos	Dinares tunisianos	Equivalente em dólares americanos	Marrocos	Tunísia
SMIG	2.517,00	283,47	348,00	128,76	-	-
Parteira	6.129,32	686,32	1.800,00	664,74	x 2,42	x 5,16
Clínico geral	8.786,78	983,89	3.454,00	1.275,56	x 3,47	x 9,90
Obstetra e ginecologista	14.915,00	1.670,09	4.055,00	1.487,51	x 5,89	x 11,55

SMIG = salário mínimo do setor público.

Nota: Os dados salariais foram fornecidos por meio de comunicação pessoal em 2021 com o UNFPA Marrocos, o UNFPA Tunísia e o Ministério da Saúde da Tunísia.

As parteiras ganham pouco mais do que o dobro do SMIG no Marrocos, mas cinco vezes o SMIG na Tunísia. Para médicos de clínica geral, o salário é 3,5 vezes o SMIG em Marrocos, mas quase 10 vezes na Tunísia. Obstetras e ginecologistas ganham cerca de seis vezes o SMIG no Marrocos, mas mais de 11 vezes o SMIG na Tunísia.

Contribuição de Atf Ghérissi (consultor independente) e Mohamed Afifi (Escritório Regional dos Estados Árabes do UNFPA).

precisa ser desenvolvido em todos os países, proporcionando oportunidades de crescimento e desenvolvimento e para fornecer modelos visíveis e eficazes para parteiras e outras mulheres jovens. Isso lhes permitiria desempenhar um papel transformador importante na profissão e, assim, contribuir para a igualdade de gênero na força de trabalho.

Algumas dessas políticas e exemplos transformadores têm relevância direta para a força de trabalho da SRMNAH, destacando-se, entre eles, as transferências de proteção social e subsídios para trabalhadores com responsabilidades familiares; regulamentos trabalhistas, inclusive políticas de licença e outros acordos laborais favoráveis à família, permitindo um melhor equilíbrio entre trabalho e vida familiar; o fortalecimento da negociação coletiva nos setores assistenciais; e a construção de alianças entre sindicatos que representem trabalhadores do setor e organizações da sociedade civil que representam destinatários da assistência e cuidadores não remunerados. Diretamente relevantes para as necessidades das parteiras são: orientação de uma política que negocie e implemente termos e condições decentes de emprego e obtenha salário igual para trabalho de igual valor para todas as trabalhadoras da SRMNAH; e garantir um ambiente de trabalho seguro, atraente e estimulante para todos. Permitir a participação plena e efetiva e oportunidades iguais para a liderança em todos os níveis de tomada de decisão na vida política, econômica e pública é fundamental e altamente relevante. As parteiras devem estar em todas as mesas em que as decisões relacionadas a SRMNAH e serviços de maternidade são tomadas.

PROGRESSO DESDE 2011 E A EXPECTATIVA PARA 2030

CAPÍTULO 7

Progresso desde 2011

O relatório SoWMy de 2021 é o terceiro da série de relatórios SoWMy. O primeiro documento (SoWMy 2011) exigia investimentos em educação e regulamentação de parteiras e em associações de parteiras, especialmente para melhorar a qualidade do atendimento. Houve algum progresso aqui, com maior reconhecimento da importância da qualidade além da quantidade. No relatório SoWMy de 2021, 79% dos países disseram ter uma lista mestre de instituições de educação de profissionais de saúde credenciadas (embora estas não sejam específicas para obstetrícia). O relatório SoWMy de 2011 exigia ao reconhecimento da obstetrícia como uma profissão distinta, com cargos em nível de política nacional. O relatório SoWMy de 2021 informa que a maioria dos países reconhece a obstetrícia como algo distinto da enfermagem, e metade têm parteiras em posições de liderança em âmbito nacional.

Por outro lado, ainda faltam ações voltadas às áreas críticas recomendadas em 2011, inclusive: custeio de obstetrícia e parteiras nos planos nacionais de saúde; assegurar a disponibilidade e distribuição adequadas de unidades de saúde devidamente equipadas; e melhorar os dados da força de trabalho. Da mesma forma, as recomendações de 2011 incluíram: garantir que as graduadas em obstetrícia sejam proficientes em todas as competências essenciais exigidas por seu governo e órgão regulador; usar padrões mundialmente reconhecidos para melhorar a qualidade e a capacidade, com atenção ao equilíbrio entre teoria e prática; recrutamento de professores, treinadores e tutores, e manutenção e atualização de suas competências em obstetrícia e educação transformadora; promoção de atividades de pesquisa e acadêmicas; e apoiar o desenvolvimento da liderança na obstetrícia. Infelizmente, dos 75 países que

notificaram, apenas 24 têm um sistema que exige renovação da licença regularmente para parteiras com comprovação de desenvolvimento profissional contínuo, destacando a necessidade de essas questões reaparecerem nas recomendações de 2021.

O fortalecimento e a capacitação de associações de parteiras para fornecer a liderança necessária, parceria com mulheres e defesa de direitos tem sido um tema forte no relatório SoWMy. O documento de 2011 destacou que as associações poderiam elevar o perfil e o status das parteiras na arena da política nacional e fortalecer sua contribuição para os planos de saúde e o desenvolvimento de políticas. As associações de parteiras são essenciais para uma colaboração eficaz com outras associações profissionais, federações regionais e internacionais, e com mulheres e comunidades. O relatório SoWMy de 2011 também enfatizou a necessidade de estabelecer uma sólida governança das associações de parteiras, fortalecendo sua capacidade administrativa e melhorando a gestão financeira. Essas questões permanecem atuais e relevantes.

Em 2014, segundo o relatório SoWMy, poucos países de baixa e média renda tinham profissionais de SRMNAH suficientes para atender à necessidade: isso permanece verdadeiro em 2021. Muitos países mostram maior disponibilidade da força de trabalho

Enfermeira auxiliar Archana Verma durante uma consulta de pré-natal na casa do paciente Babli, Kamrawan Township, Barabanki District, Uttar Pradesh (Índia). © Fundação Bill e Melinda Gates/Prashant Panjiar.

Explicação das opções de métodos anticoncepcionais no Hospital Ratoma, Conakry (Guiné). © UNFPA Guinea.

desde 2014, mas outros estagnaram e alguns mostram pior disponibilidade devido ao crescimento da força de trabalho não estar acompanhando o crescimento da população. O relatório SoWMy de 2014 exigiu dados abrangentes e desagregados, com a articulação de 10 itens de dados essenciais a serem relatados por cada país. Isso não ocorreu e a necessidade urgente de melhores dados continua sendo uma questão fundamental em 2021.

O relatório SoWMy de 2014 mostrou que a obstetrícia era a "melhor opção" na atenção básica à saúde; as evidências apresentadas no relatório SoWMy de 2021 reforçam essa mensagem. Mostram que investir em parteiras contribui para alcançar uma "grande convergência": acabar com as mortes maternas e neonatais evitáveis e melhorar a saúde e o bem-estar.

O relatório SoWMy de 2014 introduziu o caminho para Midwifery2030 (Obstetrícia2030) (reproduzido na contracapa deste relatório), partindo da premissa de que as mulheres grávidas são saudáveis a menos que surjam complicações e, portanto, requerem cuidados preventivos e de suporte com acesso a atendimento de emergência quando necessário. A obstetrícia promove modelos de atendimento centrados na mulher e conduzidos por parteiras, que alcançam resultados excelentes a um custo menor do que os modelos medicalizados. O caminho permanece válido em 2021. Todas as recomendações neste relatório visam a tornar o Midwifery2030 uma realidade para todos os países.

O relatório SoWMy de 2021 mostra que, se disponível em número suficiente, e se instruídas e regulamentadas de acordo com padrões reconhecidos e trabalhando em todo o seu escopo de atuação como parte de uma equipe integrada dentro de um ambiente propício, as parteiras poderiam atender a cerca de 90% da necessidade global de intervenções essenciais de SRMNAH (ver Webappendices 3 e 5). Apesar deste enorme potencial, o Capítulo 4 mostra que as parteiras constituem uma pequena minoria da força de trabalho global em SRMNAH. As estimativas de "necessidade potencial atendida" relatadas no Capítulo 4 e os perfis dos países presumem que os profisionais de SRMNAH tenham educação de alta qualidade, contem com sistemas regulatórios e trabalhem em um ambiente de apoio e capacitação, mas nem sempre esse é o caso das parteiras. Em muitos países, é necessária uma ação concertada em cada um desses domínios-chave para aumentar a oferta e a demanda por parteiras e para garantir que elas possam trabalhar com todo o seu potencial. Só então os sistemas de saúde terão todos os benefícios da contribuição valiosa que as parteiras podem oferecer.

Início precoce da amamentação (Croácia). © Natasha Objava.

Mãe e recém-nascido em Katmandú (Nepal). © Felicity Copeland.

Este é o primeiro relatório SoWMy para o qual todos os Estados Membros da OMS foram convidados a participar. Os países de renda baixa, média e alta mostram diferenças, especialmente no acesso a recursos, escassez de força de trabalho, necessidades atendidas e resultados de saúde. No entanto, também existem muitas semelhanças, inclusive a necessidade contínua de enfocar na educação, regulamentação e liderança. As restrições para a plena utilização da força de trabalho de SRMNAH variam de acordo com o grupo de renda do país; restrições ao âmbito de atuação das parteiras podem afetar negativamente sua autonomia e modelos de atendimento.

Os desequilíbrios de gênero na força de trabalho em SRMNAH (assim como na força de trabalho na área da saúde em geral) destacam a necessidade de um ambiente político transformador de gênero, especialmente para pessoas que atuam como parteiras, que são quase todas mulheres. Este relatório também chama a atenção para a importância de um trabalho decente, livre de violência e discriminação, e a necessidade de utilizar o diálogo social como meio para promover a construção de consenso e o envolvimento democrático e para empoderar a força de trabalho.

Recuperação, reabilitação e reconstrução (Building back better) após o impacto da Covid-19

Quando a pandemia da Covid-19 estiver sob controle e o mundo começar a criar resiliência a futuros choques na saúde, haverá uma oportunidade única de reconstruir e transformar os serviços de SRMNAH. Como parte desse esforço, o investimento no crescimento e na otimização da força de trabalho da SRMNAH será essencial.

A Covid-19 destacou a importância de investir na atenção básica à saúde para atender às necessidades de saúde da população. As parteiras são prestadoras essenciais de cuidados básicos de saúde, podendo desempenhar um papel importante na promoção da saúde, especialmente se habilitadas a contribuir para atender a uma ampla gama de necessidades de SRMNAH, além dos cuidados de maternidade.

Este relatório descreve como a pandemia resultou em novas maneiras de prestar serviços de SRMNAH e fornecer formação e treinamento de parteiras. Uma avaliação robusta das vantagens e desvantagens dessas inovações, e a retenção daquelas que se mostram benéficas, pode ajudar a melhorar a qualidade e a acessibilidade dos serviços e programas de educação.

Investimentos ambiciosos são necessários enquanto aguardamos 2030

O relatório SoWMy de 2021 exige um olhar concentrado no acesso universal aos serviços essenciais de SRMNAH, que aborde a igualdade em todos os níveis, sem deixar ninguém para trás. As evidências neste relatório podem ser usadas como subsídios para os esforços nacionais e subnacionais a fim de fortalecer a força de trabalho em SRMNAH, especialmente as parteiras.

Para lidar com a escassez global de parteiras e melhorar a acessibilidade e a qualidade do atendimento, é necessário um maior investimento em parteiras em quatro

Quatro áreas de maior investimento:

INVESTIR EM

Planejamento, gestão e regulamentação da força de trabalho em saúde e no ambiente de trabalho

Sistemas de dados da força de trabalho em saúde

- Coletar um conjunto mínimo de dados da força de trabalho em saúde que permita a desagregação por grupo de ocupação e localização, e que inclua os seguintes dados: densidade; taxa de graduação em programas de formação e treinamento; graduados que começarão a atuar dentro de um ano; duração da formação e capacitação; taxa de entrada de profissionais da saúde estrangeiros; e taxas de saída voluntária e involuntária do mercado de trabalho em saúde.
- Fortalecer os sistemas de dados da força de trabalho em saúde e distinguir claramente entre parteiras e enfermeiras, e enfermeiras obstétricas quando aplicável, para subsidiar as decisões sobre a combinação apropriada de habilidades e distribuição dos profissionais de saúde para atender às necessidades de saúde da população. Um código CIUO específico para enfermeiras obstétricas poderia ajudar nisso.
- Capturar e analisar as várias funções não clínicas das parteiras, como sua atuação na educação, gestão, política, pesquisa, regulamentação, em associações de parteiras e no governo; todas essas funções são importantes para o desenvolvimento da profissão.
- Melhorar a compreensão da quantidade de tempo dedicado por diferentes grupos de ocupação à SRMNAH.

Abordagens de planejamento da força de trabalho em saúde que refletem a autonomia e a esfera de atuação profissional das parteiras

- Desenvolver planos de alocação de parteiras que incentivem a autonomia das parteiras e o amplo escopo dos serviços de SRMNAH que elas podem fornecer.
- Garantir a colaboração entre provedores de educação e planejadores da força de trabalho em saúde nos níveis relevantes do sistema de saúde, a fim de garantir o alinhamento entre o número de graduados e a capacidade de empregá-los.

Atenção básica à saúde, especialmente em áreas carentes

- Organizar equipes para que as parteiras possam realizar a maioria das intervenções de SRMNAH, com acesso a mecanismos de consulta e encaminhamento quando necessário. Em muitos países, isso incluirá serviços básicos de obstetrícia de emergência e cuidados neonatais no nível de atenção primária à saúde.
- Alocar parteiras e outros especialistas em SRMNAH, como enfermeiras que atuam na área de saúde sexual e neonatal, perto de onde as mulheres e adolescentes vivem.
- Desenvolver e implementar estratégias para recrutar e reter parteiras nos locais onde são mais necessárias.

Ambientes de trabalho capacitadores e transformadores em termos de igualdade de gênero

- Desenvolver um ambiente político transformador em questões de gênero para desafiar as causas subjacentes da desigualdade de gênero na força de trabalho em saúde.
- Criar planos de carreira para parteiras e vinculá-los a oportunidades educacionais e progressão na carreira.

Sistemas regulatórios eficazes

- Proteger o público com uma regulamentação que reserve o título de "parteira" para aquelas que atendem aos padrões estabelecidos e que apoie as parteiras no trabalho em todo o seu âmbito de atuação.
- Usar processos regulatórios para garantir competência e desenvolvimento profissional contínuos para as parteiras.

INVESTIR EM

Educação e capacitação de alta qualidade para parteiras

Educadores e instrutores

- Garantir que todos os educadores e instrutores de parteiras estejam equipados com as habilidades e conhecimentos de que precisam para ensinar e sejam capazes de manter suas próprias competências profissionais.
- Criar planos de carreira que incentivem e facilitem as parteiras a se tornarem educadoras e treinadoras da próxima geração de parteiras.
- Garantir que haja preceptores experientes e qualificados suficientes para prover orientação e supervisão durante os períodos de estágio clínico.

Instituições de educação e treinamento

- Criar e/ou fortalecer mecanismos de credenciamento para provedores de formação e treinamento do setor público e privado, para garantir que as parteiras atendam aos padrões estabelecidos de competência e possam prestar assistência de alta qualidade com confiança em toda a extensão de seu campo de atuação.
- Conceber currículos para incluir: módulos interdisciplinares para promover a colaboração, aumentar a compreensão de habilidades únicas e compartilhadas e encorajar o trabalho em equipe; preparação e resposta a pandemias e emergências (inclusive em ambientes frágeis e humanitários); e princípios de atendimento digno.
-

áreas principais: formação e treinamento; planejamento, gestão e regulamentação da força de trabalho em saúde e seu ambiente de trabalho; liderança e governança; e prestação de serviços. Esses investimentos devem ser considerados em âmbito nacional, regional e global por governos, formuladores de políticas, autoridades regulatórias, instituições de ensino, associações profissionais, organizações internacionais, parcerias globais, agências doadoras, organizações da sociedade civil e pesquisadores. Em várias dessas áreas, há esforços contínuos para desenvolver, inclusive estruturas, mecanismos e ferramentas para fortalecer a obstetrícia (34, 150) e para avaliação e credenciamento da educação

INVESTIR EM

Melhorias lideradas por parteiras na prestação de serviços de SRMNAH

Comunicações e parcerias

- Comunicar evidências sobre os benefícios das parteiras como prestadoras-chave de serviços de SRMNAH.
- Promover a parceria contínua entre parteiras e usuárias de serviços para construir confiança, comunicação e respeito mútuo. Buscar, ouvir e agir de acordo com as vozes das usuárias do serviço como parte desse processo.
- Tratar as parteiras como parceiras iguais e respeitadas nos âmbitos local, nacional, regional e global.

Modelos de atendimento conduzido por parteiras

- Desenvolver um ambiente propício e favorável no qual a continuidade do cuidado, liderada pela parteira, possa florescer, inclusive por meio de parcerias colaborativas com outros profissionais de saúde, como enfermeiras, obstetras, ginecologistas, anestesistas, pediatras e neonatologistas.

Funções otimizadas para parteiras

- Reconhecer o potencial das parteiras para contribuir com uma ampla gama de serviços e iniciativas de SRMNAH, além dos cuidados de saúde materna (por ex., abordando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos e promovendo intervenções de autocuidado).
- Preparar e capacitar parteiras para atender às necessidades de grupos de usuárias em risco de discriminação por características como idade, deficiência, identidade de gênero, orientação sexual, raça e religião.Preparar e capacitar parteiras para participar de processos de auditoria e coleta de dados, inclusive Vigilância e Resposta ao Óbito Materno e Perinatal.

Aplicando as lições da Covid-19

- Aplicar as lições aprendidas com a Covid-19 para criar resiliência a choques de saúde futuros, para que não tenham um impacto negativo na educação do profissional de SRMNAH, na prestação de serviços e no ambiente de trabalho favorável.

INVESTIR EM

Liderança e governança em obstetrícia

- Criar cargos em nível nacional e subnacional, incluindo parteiras seniores nos ministérios da saúde nacionais, de modo que as parteiras estejam em todos os lugares onde as decisões de SRMNAH são tomadas.
- Envolver as parteiras em decisões políticas relevantes, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação de programas nos níveis subnacional, nacional, regional e global.
- Construir e fortalecer a capacidade institucional das parteiras para prover liderança e defesa, o que possibilitará prestar atendimento de alta qualidade e aumentará o envolvimento nos processos de tomada de decisão e planejamento de políticas de saúde.

A chegada de um novo membro à família, Sidney (Australia). © Trinh Mai-Guico.

> As parteiras querem uma sólida pesquisa em obstetrícia seguida pela implementação das evidências.
>
> *Associação de parteiras*

obstétrica (51, 63, 151), inclusive um plano de ação para fortalecer a educação obstétrica de qualidade (51).

A agenda de pesquisas do relatório SoWMy

O relatório SoWMy de 2021 destaca uma série de lacunas no conhecimento sobre a força de trabalho de SRMNAH, especialmente parteiras, que precisam de mais pesquisas. Uma aliança global de pesquisa em obstetrícia foi estabelecida para se concentrar em três prioridades de pesquisa identificadas na série Lancet de 2014 sobre obstetrícia: (i) investigar o impacto de cuidados maternos e neonatais de qualidade e, em particular, a contribuição da obstetrícia em resultados maternos, neonatais e relacionados em diversos ambientes; (ii) identificar e descrever os aspectos do atendimento que otimizam ou perturbam a fisiologia de todas as mulheres grávidas e seus fetos/recém-nascidos/bebês; e (iii) determinar quais indicadores, medidas e pontos de referência são mais valiosos para avaliar a qualidade da atenção à mãe e ao recém-nascido em todos os ambientes, incluindo-se os pontos de vista das mulheres grávidas; e desenvolver novos indicadores para resolver as lacunas identificadas (152).

Além dessas prioridades de pesquisa, a agenda de pesquisas do relatório SoWMy de 2021 inclui:

- estudar países com mais de um percurso de formação de parteira para compreender como as pessoas formadas com diferentes percursos se comparam em termos de suas competências e para onde e como são alocadas;
- realizar uma análise das abordagens e do progresso com relação a equipar a força de trabalho para atender às necessidades específicas de SRMNAH dos adolescentes,
- um grande e importante grupo de usuárias do serviço;
- conduzir uma análise aprofundada dos dados subnacionais da força de trabalho em SRMNAH;
- explorar as razões das variações no âmbito de atuação das parteiras entre países e regiões;
- analisar o papel específico das parteiras quanto às reduções na morbidade e mortalidade de mulheres e recém-nascidos; e
- avaliar os pontos fortes e fracos das abordagens usadas durante a pandemia da Covid-19 e recomendar maneiras de manter a continuidade da educação em obstetrícia e obstetrícia essencial e outros serviços de SRMNAH durante futuras pandemias e outras emergências de saúde pública.

O relatório SoWMy de 2021 e sua agenda de pesquisas têm como objetivo apoiar melhorias na disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade da força de trabalho em SRMNAH, em todas as partes do mundo. Todas as partes interessadas são incentivadas a usá-lo para subsidiar com informações seu planejamento estratégico para 2030 e além.

Força de trabalho equivalente em SRMNAH (DSE)*: Número total de funcionários ajustado de acordo com a % do tempo clínico gasto em cuidados de SRMNAH, para estimar a quantidade de tempo clínico do profissional de saúde disponível para realizar intervenções de SRMNAH.

Demanda por profissionais de SRMNAH*: O número de profissionais de SMRNAH que o sistema de saúde de um país pode suportar em termos de cargos financiados ou demanda econômica por serviços de SRMNAH.

Gênero: As características das mulheres, homens, meninas e meninos que são socialmente construídas. Como uma construção social, o gênero varia de sociedade para sociedade e também pode mudar com o tempo. O gênero é hierárquico e produz desigualdades que se cruzam com outras desigualdades sociais e econômicas. O gênero interage com o sexo, mas é diferente dele, uma vez que o sexo se refere às diferentes características biológicas e fisiológicas de mulheres, homens e pessoas intersexo, tais como cromossomos, hormônios e órgãos reprodutivos.[1]

Transformação de gênero: A transformação de gênero examina ativamente, questiona e muda normas rígidas de gênero e desequilíbrios de poder que beneficiam meninos e homens em detrimento de meninas e mulheres. Seu intuito é combater as causas profundas da desigualdade de gênero e a remodelar as relações de poder desiguais: vai além da melhoria individual para meninas e mulheres visando à equalização das dinâmicas e estruturas de poder que reforçam as desigualdades de gênero.[2]

Papel de liderança (em relação às parteiras)*: "Papel de liderança" conforme definido na pesquisa da ICM pode se referir a uma série de cargos de gerência, supervisão e executivos, inclusive parteiras:

- em cargos do Ministério da Saúde (por exemplo, Chefe Parteira, parteira consultora, diretora parteira nacional, posições de assistência à maternidade)
- na liderança de maternidades regionais ou locais (por exemplo, diretora parteira, parteira consultora do diretor executivo ou da equipe sênior, parteiras encarregadas de unidades/enfermarias de maternidade)
- na liderança de associações de parteiras profissionais (por exemplo, Presidente, Diretora Executiva/Diretora)
- na liderança de autoridades regulatórias da obstetrícia (por exemplo, Presidente do Conselho de Obstetrícia, Diretora Executiva/Diretora)
- na liderança de programas de formação em obstetrícia (por exemplo, Chefe da Escola de Obstetrícia, Diretora de Obstetrícia, Chefe do Programa de Obstetrícia).

Parteira: Profissional responsável por atuar em parceria com as mulheres na prestação de apoio, orientação e cuidados necessários durante a gravidez, no parto e no pós-parto, também por conduzir partos sob sua própria responsabilidade e por prestar cuidados ao recém-nascido e à criança. Esses cuidados incluem medidas preventivas, a promoção do parto normal, a detecção de complicações na mãe e no bebê, o acesso a cuidados médicos ou outra assistência adequada e a execução de medidas de emergência. A parteira tem uma função importante na orientação e educação em saúde, não só para a mulher, mas também no seio da família e da comunidade. Esse trabalho deve envolver educação pré-natal e preparação para a maternidade/paternidade, podendo se estender à saúde da mulher, à saúde sexual ou reprodutiva e a cuidados infantis. Uma parteira pode trabalhar em qualquer ambiente, inclusive na casa, comunidade, em hospitais, clínicas ou unidades de saúde.[3]

Cuidados conduzidos pela parteira: A parteira é o profissional de saúde líder, responsável pelo planejamento, pela organização e prestação de cuidados.[4]

Continuidade do cuidado liderado por parteiras (MLCC): modelos de continuidade de cuidados conduzidos por parteiras, nos quais uma parteira conhecida, ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas, auxilia uma mulher durante todo o período pré-natal, de parto e pós-parto, são recomendados para mulheres grávidas em ambientes com programas de obstetrícia em bom funcionamento.[5]

Necessidade de profissionais de SRMNAH*: A quantidade de tempo de um profissional de SRMNAH necessária para alcançar a cobertura universal das intervenções essenciais de SRMNAH listadas na Estratégia Global para a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente.

Enfermeira(o): uma pessoa que concluiu com êxito um programa de educação básica e generalizada em enfermagem e está autorizada pela autoridade reguladora pertinente a exercer a enfermagem. A educação básica em enfermagem é um programa de estudo formalmente reconhecido que fornece uma base ampla e sólida nas ciências comportamentais, biológicas e da enfermagem para o exercício geral de enfermagem, para um papel de liderança e para a educação pós-básica para especialidade ou exercício de enfermagem avançada. A enfermeira está preparada e autorizada (i) a atuar no campo geral da prática de enfermagem, inclusive na promoção da saúde, prevenção de doenças e cuidado de pessoas com doenças físicas, mentais e deficientes de todas as idades e em todos os cuidados de saúde e outros ambientes da comunidade; (ii) atuar no ensino de cuidados de saúde; (iii) participar integralmente como membro da equipe de assistência médica; (iv) supervisionar e treinar auxiliares de enfermagem e de saúde; e (v) estar envolvido em pesquisa.[6]

Enfermeira obstétrica*: No sistema Contas Nacionais da Força de Trabalho em Saúde, os países informaram quantas de suas enfermeiras profissionais e de nível técnico tiveram "treinamento em obstetrícia", definidas como tendo "concluído com êxito um programa de formação em obstetrícia e adquirido as qualificações necessárias para serem registradas e/ou legalmente licenciadas para trabalhar como parteira". No relatório SoWMy de 2021, essas "enfermeiras com treinamento em obstetrícia" são chamadas de "enfermeiras obstétricas", mas se reconhece que nem todos os países usam essa terminologia e que as da categoria "enfermeiras obstétricas" não estão necessariamente empenhadas em prestar cuidados de obstetrícia.

Força de trabalho de enfermagem, excluindo-se aquelas com treinamento em obstetrícia*: Todas as pessoas com qualificação de enfermagem (profissional ou de nível técnico), com exceção de profissionais de enfermagem ou técnicos de enfermagem com treinamento em obstetrícia que são contados como parte da "força de trabalho mais ampla da obstetrícia" e

subtraídas da força de trabalho geral de enfermagem.

Porcentagem da demanda atendida (PMD)*: O número de profissionais "da força de trabalho equivalente em SRMNAH" (DSE) projetados para 2030 como uma porcentagem do número de profissionais DSE que, segundo projeções, um país deverá ser financeiramente capaz de contratar em 2030.

Potencial necessidade atendida (PMN)*: A porcentagem de tempo do profissional de saúde necessária para a cobertura universal de intervenções essenciais de SRMNAH que poderiam ser realizadas pela força de trabalho atual se fosse instruída de acordo com os padrões globais, distribuída de forma equitativa e trabalhasse em um ambiente favorável.

Cuidados de Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e Adolescente (SRMNAH): O continuum de cuidados de saúde sexual e reprodutiva e cuidados de saúde materna e neonatal, inclusive para adolescentes. Os cuidados de saúde sexual envolvem a melhoria da vida e das relações pessoais, não apenas orientação e cuidados relacionados com a procriação e doenças sexualmente transmissíveis. A saúde reprodutiva permite que as pessoas tenham uma vida sexual responsável, satisfatória e segura, tenham filhos e decidam se, quando e com que frequência fazê-lo.[7]

Médicos de SRMNAH*: médicos de clínica geral, obstetras, ginecologistas e pediatras.

Oferta de profissionais de saúde: O número de profissionais de saúde disponíveis para prestar serviços clínicos.

Força de trabalho mais ampla da obstetrícia*: Todas as pessoas que concluíram com êxito um programa de formação em obstetrícia, sejam parteiras (profissionais ou de nível técnico) ou enfermeiras (profissionais ou de nível técnico) com treinamento em obstetrícia. A conclusão de tal programa educacional não significa necessariamente que alguém atenda à definição acima de parteira. Enfermeiras com treinamento em obstetrícia foram subtraídas da força de trabalho de enfermagem para os fins deste relatório.

* Este termo é específico do relatório Situação Mundial da Obstetrícia 2021; não é uma terminologia padrão.

REFERÊNCIAS DO GLOSSÁRIO

1. Gênero e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, acessado em 3 de março de 2021).
2. Nota técnica sobre abordagens de transformação de gênero no programa global para eliminar o casamento infantil fase II: um resumo para profissionais. Nova York: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2019 (https://www.unicef.org/media/58196/file, acessado em 8 de fevereiro de 2021).
3. Definição internacional de parteira. Haia: Confederação Internacional de Parteiras; 2017 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf, acessado em 8 de fevereiro de 2021).
4. Declaração de posicionamento: o cuidado liderado pela obstetrícia, primeira escolha para todas as mulheres. Haia: Confederação Internacional de Parteiras; 2017 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf, acessado em 16 de fevereiro de 2021)
5. Recomendações da OMS: cuidados durante o parto para uma experiência positiva de parto. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/, acessado em 9 de março de 2021).
6. Definição de enfermeira. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiras; 1987 (https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions, acessado em 20 de fevereiro de 2021).
7. Saúde sexual e reprodutiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health, acessado em 8 de fevereiro de 2021).

REFERÊNCIAS

1. Protect the progress: rise, refocus and recover. 2020 progress report on the Every Woman Every Child strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/336219, accessed 8 March 2021).
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Population Fund, World Bank Group, United Nations Population Division. Maternal mortality: levels and trends 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/, accessed 8 March 2021).
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. A neglected tragedy: the global burden of stillbirths. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (https://www.unicef.org/reports/neglected-tragedy-global-burden-of-stillbirths-2020, accessed 8 March 2021).
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality: 2020 report. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/unpd_2020_levels-and-trends-in-child-mortality-igme-.pdf, accessed 8 March 2021).
5. Global delivery care coverage and trends 2014–2019. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (https://data.unicef.org/topic/maternal-health/delivery-care/, accessed 12 February 2021).
6. Family planning. New York: United Nations Population Fund; 2021 (https://www.unfpa.org/family-planning, accessed 30 April 2021).
7. Sully E, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. New York: The Guttmacher Institute; 2020 (https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019#, accessed 30 April 2021).
8. Endler M, Al-Haidari T, Benedetto C, Chowdhury S, Christilaw J, El Kak F, et al. How the coronavirus disease 2019 pandemic is impacting sexual and reproductive health and rights and response: results from a global survey of providers, researchers, and policy-makers. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020. doi: 10.1111/aogs.14043.
9. Every Woman Every Child. The global strategy for women's, children's and adolescents' health 2016–2030. Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/, accessed 9 March 2021).
10. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015 (https://sdgs.un.org/sites/default/files/publications/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf, accessed 17 March 2021).
11. Human rights and the 2030 agenda for sustainable development. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2021 (https://www.ohchr.org/en/issues/SDGS/pages/the2030agenda.aspx, accessed 7 February 2021).
12. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 17 March 2021).
13. Oliver K, Parolin Z. Assessing the policy and practice impact of an international policy initiative: the State of the World's Midwifery 2014. BMC Health Serv Res. 2018;18(1):499. doi: 10.1186/s12913-018-3294-4.
14. International standard classification of occupations (ISCO). Geneva: International Labour Organization; 2008 (https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm, accessed 6 February 2021).
15. Partnerships between professional midwives and traditional caregivers with midwifery skills. The Hague: International Confederation of Midwives; 2008 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-partnerships-between-midwives-and-traditional-caregivers.pdf, accessed 15 February 2021).
16. State of the world's nursing. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279, accessed 8 March 2021).
17. High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Working for health and growth: investing in the health workforce. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/, accessed 8 March 2021).
18. National health workforce accounts (NHWA). Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/, accessed 7 February 2021).
19. International Confederation of Midwives, Direct Relief. Global midwives hub. Santa Barbara: Direct Relief; 2021 (https://www.globalmidwiveshub.org/, accessed 15 February 2021).
20. Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2018–19. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-survey-reports/srmncah-policysurvey2018-fullreport-pt-1.pdf?sfvrsn=930f5059_2, accessed 8 March 2021).
21. Aith F, Castilla Martinez M, Cho M, Dussault G, Harris M, Padilla M, et al. Is COVID-19 a turning point for the health workforce? Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e102. doi: 10.26633/RPSP.2020.102.
22. Call to action: COVID-19. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2020 (https://www.who.int/pmnch/media/news/2020/PMNCH-Call-to-Action-C19.pdf?ua=1, accessed 6 February 2021).
23. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund; 2011 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/en_SOWMR_Full.pdf, accessed 1 7 March 2021).
24. United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. State of the world's midwifery: a universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014 (https://www.unfpa.org/sowmy, accessed 8 March 2021).
25. Nove A, Boyce M. The state of the Pacific's reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health workforce. Suva: United Nations Population Fund Pacific Sub-Regional Office; 2019 (https://pacific.unfpa.org/en/publications/state-pacifics-rmncah-workforce-2019-report, accessed 8 March 2021).
26. Nove A, Boyce M, Michel-Schuldt M. Analysis of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce in East and Southern Africa. Johannesburg: United Nations Population Fund East and Southern Africa Regional Office; 2017 (https://esaro.unfpa.org/en/publications/state-worlds-midwifery-analysis-sexual-reproductive-maternal-newborn-and-adolescent, accessed 8 March 2021).
27. Nove A, Guerra-Arias M, Pozo-Martin P, Homer C, Matthews Z. Analysis of the midwifery workforce in selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund Arab States Regional Office; 2015 (https://arabstates.unfpa.org/en/publications/analysis-midwifery-workforce-selected-arab-countries, accessed 22 March 2021).
28. Camacho AV, Land S, Thompson JE. Strengthening midwifery in Latin America and the Caribbean: a report on the collaboration between the Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund and the International Confederation of Midwives, 2011–2014. Panama City: Regional Office for Latin America and the Caribbean of the United Nations Population Fund; 2014.
29. Kanem N. Midwives – defenders of women's rights. Bangkok: United Nations Population Fund; 2019 (https://asiapacific.unfpa.org/en/news/midwives%E2%80%94-defenders-womens-rights#:~:text=Midwives%20are%20public%20health%20heroes,the%20most%20basic%20human%20rights, accessed 6 February 2021).
30. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. Lancet Glob Health. 2021;9(1):e24–e32. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30397-1.
31. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

32. Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J, et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):206. doi: 10.1186/s12884-019-2351-2.

33. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129–45. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.

34. Nove A, Hoope-Bender PT, Moyo NT, Bokosi M. The midwifery services framework: what is it, and why is it needed? Midwifery. 2018;57:54–8. doi: 10.1016/j.midw.2017.11.003.

35. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/, accessed 9 March 2021).

36. Medley N, Vogel JP, Care A, Alfirevic Z. Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2018;11(11):CD012505. doi: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.

37. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, Allen J, Forti A, Hall B, et al. Caseload midwifery care versus standard maternity care for women of any risk: M@NGO, a randomised controlled trial. Lancet. 2013;382:1723–32. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61406-3.

38. Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A, et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. BMC Pregnancy Childbirth. 2014;14(46). doi: 10.1186/1471-2393-14-46.

39. Dixon L, Guilliland K, editors. Continuity of midwifery care in Aotearoa New Zealand: partnership in action. Christchurch, New Zealand: New Zealand College of Midwives; 2019 (https://www.midwife.org.nz/midwives/publications/continuity-of-care-in-aotearoa/, accessed 17 March 2021).

40. Guilliland K, Pairman S. The midwifery partnership: a model for practice. Wellington, New Zealand: Department of Nursing and Midwifery, Victoria University of Wellington; 1995.

41. Pairman S. Women-centred midwifery: partnerships or professional friendships? In: Kirkham M, editor. The midwife–mother relationship. London: Macmillan; 2000.

42. Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E, Ancona C, Campbell J, Channon A, et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. Lancet. 2014;384(9949):1215–25. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60919–3.

43. Road map for accelerating the reduction of maternal and neonatal morbidity and mortality in Malawi. Lilongwe: Republic of Malawi Ministry of Health; 2012 (https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/Malawi-Roadmap-for-Reducing-MN-mortality-2012.pdf, accessed 8 March 2021).

44. The DHS Program. STATcompiler. Washington DC: USAID; 2021 (https://www.statcompiler.com/en/, accessed 5 February 2021).

45. Ir P, Korachais C, Chheng K, Horemans D, Van Damme W, Meessen B. Boosting facility deliveries with results-based financing: a mixed-methods evaluation of the government midwifery incentive scheme in Cambodia. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:170. doi: 10.1186/s12884-015-0589-x.

46. Cronie DJ. Hospital midwives: an examination of the role, diversity and practice conditions of Dutch hospital midwives. Maastricht: Maastricht University; 2019. doi: 10.26481/dis.20191003dc.

47. Waelput AJM, Sijpkens MK, Lagendijk J, van Minde MRC, Raat H, Ernst-Smelt HE, et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all–2 program. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):254. doi: 10.1186/s12884-017-1425-2.

48. Kansrijke Start. Amsterdam: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2018 (https://www.kansrijkestartnl.nl/, accessed 13 March 2021).

49. Hingstman L, Kenens R. Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2008. Utrecht: Nivel; 2009 (https://www.nivel.nl/nl/publicatie/cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-2008, accessed 17 March 2021).

50. Gavine A, MacGillivray S, McConville F, Gandhi M, Renfrew MJ. Pre-service and in-service education and training for maternal and newborn care providers in low- and middle-income countries: an evidence review and gap analysis. Midwifery. 2019;78:104–13. doi: 10.1016/j.midw.2019.08.007.

51. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/midwifery/strengthening-midwifery-education/en/, accessed 8 March 2021).

52. Graf J, Simoes E, Blaschke S, Plappert CF, Hill J, Riefert MJ, et al. Academisation of the midwifery profession and the implementation of higher education in the context of the new requirements for licensure. Geburtshilfe Frauenheilkd. 2020;80(10):1008–15. doi: 10.1055/a-1138-1948.

53. Bogren M, Banu A, Parvin S, Chowdhury M, Erlandsson K. Findings from a context specific accreditation assessment at 38 public midwifery education institutions in Bangladesh. Women Birth. 2021;34(1):e76–e83. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.009.

54. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. Int J Med Educ. 2018;9:64–71. doi: 10.5116/ijme.5a88.0344.

55. Homer CSE, Turkmani S, Rumsey M. The state of midwifery in small island Pacific nations. Women Birth. 2017;30(3):193–9. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.012.

56. Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT, et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18(1):55. doi: 10.1186/s12884-018-1686-4.

57. Filby A, McConville F, Anayda P. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low- and middle-income countries from the provider perspective. PLoS ONE. 2016;11(5):e0153391. doi: 10.1371/journal.pone.0153391.

58. Strengthening quality midwifery education: meeting report, July 25–26 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259278/WHO-FWC-MCA-17.12-eng.pdf?sequence=1, accessed 17 March 2021).

59. McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F, et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. Birth. 2020;47(4):304–21. doi: 10.1111/birt.12498.

60. Regional offices. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/about/who-we-are/regional-offices, accessed 2 April 2021).

61. World Bank country and lending groups. Washington DC: World Bank; 2021 (https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups, accessed 2 April 2021).

62. Nove A, Pairman S, Bohle LF, Garg S, Moyo NT, Michel-Schuldt M, et al. The development of a global midwifery education accreditation programme. Glob Health Action. 2018;11(1):1489604. doi: 10.1080/16549716.2018.1489604.

63. Midwifery education accreditation programme (MEAP). The Hague: International Confederation of Midwives; 2021 (https://www.internationalmidwives.org/icm-publications/meap.html, accessed 7 March 2021).

64. Bogren M, Kaboru BB, Berg M. Barriers to delivering quality midwifery education programmes in the Democratic Republic of Congo – an interview study with educators and clinical preceptors. Women Birth. 2021;34(1):e67–e75. doi: 10.1016/j.wombi.2020.06.004.

65. Bogren MU, Wiseman A, Berg M. Midwifery education, regulation and association in six South Asian countries – a descriptive report. Sex Reprod Healthc. 2012;3(2):67–72. doi: 10.1016/j.srhc.2012.03.004.

66. Task sharing to improve access to family planning/contraception. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/reproductivehealth/publications/task-sharing-access-fp-contraception/en/, accessed 30 January 2021).

67. Furuta M. 2020 international year of midwifery – in the midst of a pandemic. Midwifery. 2020;87:102739. doi: 10.1016/j.midw.2020.102739.

68. COVID-19 advice for students and educators. Canberra City: Australian College of Midwives; 2021 (https://www.midwives.org.au/covid-19-advice-students-and-educators, accessed 1 February 2021).

69. Morin KH. Nursing education after COVID-19: same or different? J Clin Nurs. 2020;29(17-18):3117–9. doi: 10.1111/jocn.15322.

70. Luyben A, Fleming V, Vermeulen J. Midwifery education in COVID-19-time: challenges and opportunities. Midwifery. 2020;89:102776. doi: 10.1016/j.midw.2020.102776.

71. NMC statement: enabling student education and supporting the workforce. London: Nursing and Midwifery Council; 2021 (https://www.nmc.org.uk/news/news-and-updates/statement-enabling-student-education-and-supporting-the-workforce/, accessed 1 February 2021).

72. Renfrew MJ, Bradshaw G, Burnett A, Byrom A, Entwistle F, King K, et al. Sustaining quality education and practice learning in a pandemic and beyond: 'I have never learnt as much in my life, as quickly, ever'. Midwifery. 2021;94:102915. doi: 10.1016/j.midw.2020.102915.

73. Midwives during COVID-19 – a position statement from the professional midwives associations of Latin America. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (https://internationalmidwives.org/icm-news/midwives-during-covid-19-a-position-statement-from-the-professional-midwives-associations-of-latin-america.html, accessed 10 February 2021).

74. Promoción de salud mujer y RN / obstetricia UChile. Santiago: University of Chile; 2021 (https://www.youtube.com/channel/UCW8wGp1N58bf_DldDss4ioQ, accessed 10 February 2021).

75. Recursos de interés. Santiago: University of Chile; 2021 (http://deptopromomujeryrn.med.uchile.cl/wp/, accessed 10 February 2021).

76. Respositorio UNFPA. Santiago: University of Chile; 2021 (http://deptopromomujeryrn.med.uchile.cl/wp/repositorio-unfpa/, accessed 10 February 2021).

77. Covid-19 educational materials. Couva, Trinidad: Caribbean Regional Midwives Association; 2021 (https://caribbeanregionalmidwivesassociation.com/covid-19-pandemic/, accessed 10 February 2021).

78. Hobbs AJ, Moller AB, Kachikis A, Carvajal-Aguirre L, Say L, Chou D. Scoping review to identify and map the health personnel considered skilled birth attendants in low- and middle-income countries from 2000–2015. PLoS ONE. 2019;14(2):e0211576. doi: 10.1371/journal.pone.0211576.

79. World Health Organization, United Nations Population Fund, United Nations Children's Fund, International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Federation of Gynecology and Obstetrics, et al. Definition of skilled health personnel providing care during childbirth. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/publications/i/item/definition-of-skilled-health-personnel-providing-care-during-childbirth, accessed 6 February 2021).

80. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015–2024: second review of progress. Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/274310, accessed 9 March 2021).

81. ten Hoope-Bender P, Nove A, Sochas L, Matthews Z, Homer CSE, Pozo-Martin F. The 'dream team' for sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health: an adjusted service target model to estimate the ideal mix of health care professionals to cover population need. Hum Resour Health. 2017;15:46. doi: 10.1186/s12960-017-0221-4.

82. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2015;93:259–70. doi: 10.2471/BLT.14.140996.

83. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/national-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic, accessed 26 April 2021).

84. Sharma KA, Zangmo R, Kumari A, Roy KK, Bharti J. Family planning and abortion services in COVID 19 pandemic. Taiwan J Obstet Gynecol. 2020;59(6):808–11. doi: 10.1016/j.tjog.2020.09.005.

85. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337333/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 17 March 2021).

86. Keep health workers safe to keep patients safe. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who, accessed 5 February 2021).

87. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo C-G, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Lancet Public Health. 2020;5(9):e475–e83. doi: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X.

88. COVID-19: health worker death toll rises to at least 17000 as organizations call for rapid vaccine rollout. London: Amnesty International; 2021 (https://www.amnesty.org/en/latest/news/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/?utm_source=TWITTER-IS&utm_medium=social&utm_content=4546684499&utm_campaign=Other&utm_term=Making_the_Case_for_Human_Rights-No, accessed 13 March 2021).

89. Lapor Covid-19. Jakarta: Digital Center for Indonesian Health Workers; 2021 (https://nakes.laporcovid19.org/, accessed 6 February 2021).

90. International Council of Nurses: COVID-19 update, 13 January 2021. Geneva: International Council of Nurses; 2021 (https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf, accessed 6 February 2021).

91. McKay D, Heisler M, Mishori R, Catton H, Kloiber O. Attacks against health-care personnel must stop, especially as the world fights COVID-19. Lancet. 2020;395(10239):1743–5. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31191-0.

92. Global call to action: protecting midwives to sustain care for women, newborns and their families in the COVID-19 pandemic. The Hague: International Confederation of Midwives; 2020 (https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/05/1call-to-action.pdf, accessed 13 February 2021).

93. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, Mackenzie A, Nancarrow S, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. Hum Resour Health. 2020;18:83. doi: 10.1186/s12960-020-00529-0.

94. Castro Lopes S, Guerra-Arias M, Buchan J, Pozo-Martin F, Nove A. A rapid review of the rate of attrition from the health workforce. Hum Resour Health. 2017;15(1):21. doi: 10.1186/s12960-017-0195-2.

95. Liu JX, Goryakin Y, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global health workforce labor market projections for 2030. Hum Resour Health. 2017;15(1):11. doi: 10.1186/s12960-017-0187-2.

96. Rehnström Loi U, Gemzell-Danielsson K, Faxelid E, Klingberg-Allvin M. Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. BMC Public Health. 2015;15:139. doi: 10.1186/s12889-015-1502-2.

97. Haddad LB, Nour NM. Unsafe abortion: unnecessary maternal mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009;2(2):122–6. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19609407, accessed 17 March 2021).

98. Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W, Perfilieva G, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2013;91(11):834–40. doi: 10.2471/BLT.13.119008.

99. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (https://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/, accessed 8 March 2021).

100. Matthews Z, Rawlins B, Duong J, Molla YB, Moran AC, Singh K, et al. Geospatial analysis for reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health: gaps and opportunities. BMJ Glob Health. 2019;4(Suppl 5):e001702. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001702.

101. WorldPop, University of Louisville, Université de Namur, Columbia University. Global high resolution population denominators project. Southampton, UK: WorldPop; 2018 (https://www.worldpop.org/doi/10.5258/SOTON/WP00646, accessed 4 February 2021).

102. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km births. Version 2.0 2015 estimates of numbers of live births per grid square, with national totals adjusted to match UN national estimates on numbers of live births. Southampton, UK: WorldPop; 2017.

103. WorldPop (University of Southampton School of Geography and Environmental Science). Ghana 1km pregnancies. Version 2.0 2015 estimates of numbers of pregnancies per grid square, with national totals adjusted to match national estimates on numbers of pregnancies made by the Guttmacher Institute. Southampton, UK: WorldPop; 2017.

104. Ghana demographic and health survey 2014. Rockville: Ghana Statistical Service, Ghana Health Service and ICF International; 2015 (https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR307/FR307.pdf, accessed 17 March 2021).

105. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Reprod Health. 2014;11(1):71. doi: 10.1186/1742-4755-11-71.

106. Hartz DL, Blain J, Caplice S, Allende T, Anderson S, Hall B, et al. Evaluation of an Australian Aboriginal model of maternity care: The Malabar Community Midwifery Link Service. Women Birth. 2019;32(5):427–36. doi: 10.1016/j.wombi.2019.07.002.

107. Proujansky A. The black midwives changing care for women of color – photo essay. The Guardian. 25 July 2019 (https://www.theguardian.com/society/2019/jul/24/black-midwives-photo-essay, accessed 9 March 2021).

108. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Noguiera Pileggi V, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. BJOG. 2017;125(8):932–42. doi: 10.1111/1471-0528.15015.

109. Respectful maternity care charter, 2018 update. Washington DC: White Ribbon Alliance; 2018 (https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/, accessed 12 February 2021).

110. Bohren MA, Vogel JP, Tuncalp O, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. SSM Popul Health. 2016;2:640–55. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.07.003.

111. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. Reprod Health Matters. 2018;26(53):6–18. doi: 10.1080/09688080.2018.1508173.

112. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med. 2015;12(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.

113. Jolivet RR, Warren CE, Sripad P, Ateva E, Gausman J, Mitchell K, et al. Upholding rights under COVID-19: the respectful maternity care charter. Health Hum Rights. 2020;22(1):391–4. (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348430/pdf/hhr-22-01-391.pdf, accessed 17 March 2021).

114. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context interim guidance, 1 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential-health-services-2020.1, accessed 17 March 2021).

115. What women want! Washington DC: White Ribbon Alliance; 2021 (https://www.whiteribbonalliance.org/whatwomenwant/, accessed 12 February 2021).

116. Pate MA. Why protecting, promoting essential services for women and children is now more critical than ever. World Bank Blogs, 16 October 2020. (https://blogs.worldbank.org/health/why-protecting-promoting-essential-services-women-and-children-now-more-critical-ever, accessed 6 February 2021).

117. Roberton T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health. 2020;8(7):e901–e8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1.

118. Cousins S. COVID-19 has "devastating" effect on women and girls. Lancet. 2020;396(10247):301–2. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31679-2.

119. Protecting essential services for women, children and adolescents during COVID-19. Washington DC: The World Bank Group; (https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF-IG11-3-Protecting-Essential-Services-in-Times-of-COVID19.pdf, accessed 30 April 2021).

120. Liu Q, Luo D, Haase JE, Gou Q, Wang XQ, Liu S, et al. The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. Lancet Glob Health. 2020;8(6):e790–8. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.

121. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar Ö, Flores JM, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. PLoS ONE. 2020;15(9):e0238217. doi: 10.1371/journal.pone.0238217.

122. Semaan A, Audet C, Huysmans E, Afolabi B, Assarag B, Banke-Thomas A, et al. Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. BMJ Glob Health. 2020;5(6):e002967. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002967.

123. Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of Covid-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. Midwifery. 2020;89:102775. doi: 10.1016/j.midw.2020.102775.

124. Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and sub-national decision-makers. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-monitoring-2021.1, accessed 9 March 2021).

125. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HIS-HWF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).

126. Magar V, Gerecke M, Dhillon IS, Campbell J. Women's contributions to sustainable development through work in health: using a gender lens to advance a transformative 2030 agenda. In: Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health Employment and Economic Growth: An Evidence Base. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).

127. Buchan J, Dhillon IS, Campbell J, editors. Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HLC-Report_web.pdf?ua=1, accessed 17 March 2021).

128. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization Global Health Workforce Network's Gender Equity Hub; 2019 (https://www.who.int/hrh/resources/health-observer24/en/, accessed 9 March 2021).

129. International Confederation of Midwives, World Health Organization, White Ribbon Alliance. Midwives' voices, midwives' realities: findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 17 March 2021).

130. ILO violence and harassment convention, 2019 (no.190): 12 ways it can support the COVID-19 response and recovery. Geneva: International Labour Organization; 2020 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---arabstates/---ro-beirut/documents/briefingnote/wcms_748420.pdf, accessed 10 February 2021).

131. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. Brain Behav Immun. 2020;87:11–7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.

132. Theorell T. COVID-19 and working conditions in health care. Psychother Psychosom. 2020;89(4):193–4. doi: 10.1159/000507765.

133. Currie S, Azfar P, Fowler RC. A bold new beginning for midwifery in Afghanistan. Midwifery. 2007;23(3):226–34. doi: 10.1016/j.midw.2007.07.003.

134. Fauveau V, Sherratt DR, de Bernis L. Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? Hum Resour Health. 2008;30(6):21. doi: 10.1186/1478-4491-6-21.

135. Study and work in the EU: set apart by gender. Review of the implementation of the Beijing Platform for Action. Brussels: European Institute for Gender Equality; 2018 (https://eige.europa.eu/publications/study-and-work-eu-set-apart-gender-report, accessed 9 March 2021).

136. George AS, McConville FE, de Vries S, Nigenda G, Sarfraz S, McIsaac M. Violence against female health workers is tip of iceberg of gender power imbalances. BMJ. 2020;371:m3546. doi: 10.1136/bmj.m3546.

137. Improving employment and working conditions in health services. Geneva: International Labour Organization Sectoral Policies Department; 2017 (https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/WCMS_548288/lang--en/index.htm, accessed 9 March 2021).

138. Jaffré Y, Lange IL. Being a midwife in West Africa: between sensory experiences, moral standards, socio-technical violence and affective constraints. Soc Sci Med. 2021;276:113842. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113842.

139. Eliminating violence and harassment in the world of work. Geneva: International Labour Organization; 2021 (https://www.ilo.org/global/topics/violence-harassment/lang--en/index.htm, accessed 10 February 2021).

140. Note on the proceedings: joint meeting on social dialogue in the health services: institutions, capacity and effectiveness. Geneva: International Labour Organization; 2002 (https://www.ilo.org/public/english/standards/relm/gb/docs/gb286/pdf/jmhs-n.pdf, accessed 6 February 2021).

141. Freedom of association and protection of the right to organise convention. Geneva: International Labour Organization; 1948 (https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C087, accessed 6 February 2021).

142. DHBs/MERAS multi-employer collective agreement. Auckland: Midwifery Employee Representation and Advisory Services; 2019 (https://meras.midwife.org.nz/wp-content/uploads/sites/4/2019/08/MERAS-MECA-1-February-2018-31-January-2021-Final-signed-version.pdf, accessed 6 February 2021).

143. Sectoral agreement signed between government and MUMN. Valletta, Malta: Malta Union of Midwives and Nurses; 2018 (https://www.mumn.org/news/sectoral-agreement-signed-between-government-and-mumn/, accessed 4 February 2021).

144. Neugründung ver.di-Hebammengruppe Weser-Ems. Berlin: ver.di; 2020 (https://hebammen-niedersachsen.de/verdi-hebammengruppe-weser-ems/, accessed 6 February 2021).

145. ILO nursing personnel convention no. 149: recognize their contribution, address their needs. Geneva: International Labour Organization; 2005 (http://www.ilo.int/sector/Resources/publications/WCMS_508335/lang--en/index.htm, accessed 6 February 2021).

146. Care work and care jobs for the future of decent work. Geneva: International Labour Organization; 2018 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf, accessed 17 March 2021).

147. Breen K. Ontario government discriminated against midwives on pay since 2005, human rights tribunal finds. Global News, 25 September 2018. (https://globalnews.ca/news/4484264/ontario-discriminated-against-midwives-pay-equity/, accessed 4 February 2021).

148. Guilliland K, Pittam D. Historic win for midwives. Midwifery News June 2017. Christchurch: New Zealand College of Midwives; 2017 (https://www.midwife.org.nz/wp-content/uploads/2019/02/Pages-from-Midwifery-News-85-June-2017-hi-res.pdf, accessed 5 February 2021).

149. Halonen T, Jilani H, Gilmore K, Bustreo F. Realisation of human rights to health and through health. Lancet. 2017;389(10084):2087–9. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31359-4.

150. Strengthening midwifery toolkit. Geneva: World Health Organization; 2011 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strenthening_midwifery_toolkit/en/, accessed 2 April 2021).

151. Midwifery Assessment Tool for Education (MATE). Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2020/midwifery-assessment-tool-for-education-mate-2020, accessed 2 April 2021).

152. Research priorities. Orange, Connecticut: Quality Maternal and Newborn Care Research Alliance; 2021 (https://www.qmnc.org/qmnc-research-alliance/research-priorities/, accessed 2 April 2021).

OBSTETRÍCIA 2030

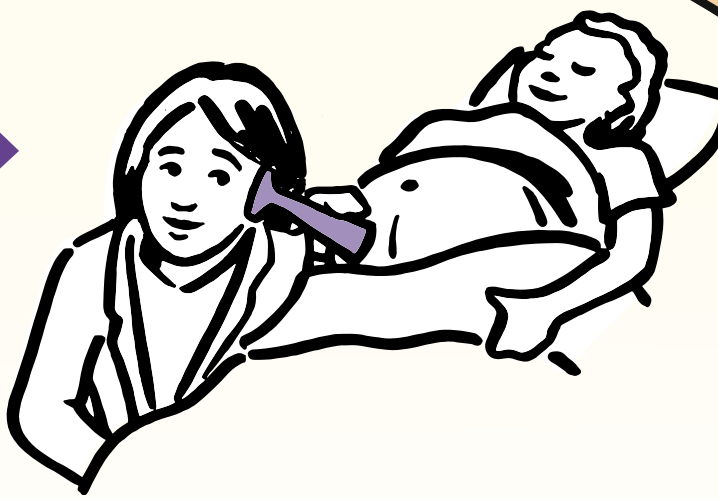
UM CAMINHO PARA A SAÚDE

PLANEJAR E SE PREPARAR *significa*

- retardar o casamento
- concluir o ensino médio
- fornecer educação sexual abrangente para meninos e meninas
- proteger-se contra o HIV
- manter uma boa saúde e um bom estado nutricional
- planejar a gravidez com métodos contraceptivos modernos

GARANTIR UM COMEÇO SAUDÁVEL *significa*

- manter uma boa saúde e se preparar para a gravidez, para o parto e para os primeiros meses da nova família
- comparecer a pelo menos quatro consultas pré-natais, que incluem conversas sobre preparação para o nascimento e planos de emergência
- exigir e receber cuidado obstétrico profissional para prevenção e suporte, a fim de ajudar você e o seu bebê a permanecerem saudáveis, e para lidar com quaisquer complicações, se houver, de forma efetiva



O QUE TORNA ISSO POSSÍVEL?

1

Todas as mulheres em idade reprodutiva, inclusive adolescentes, terem acesso universal a cuidados obstétricos quando necessário.

2

Os governos fornecerem e assumirem a responsabilidade pela implementação de políticas de apoio.

3

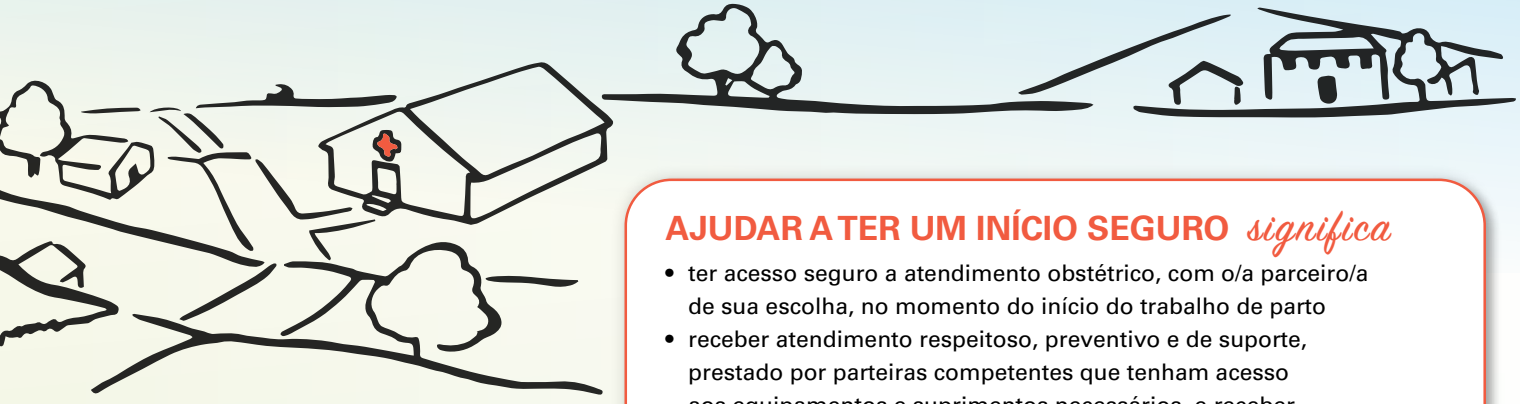
Os governos e os sistemas de saúde fornecerem e assumirem a responsabilidade por um ambiente totalmente favorável.

4

Coleta e análise de dados totalmente integradas na prestação e no desenvolvimento dos serviços.

5

Cuidado obstétrico priorizado no orçamento nacional de saúde; todas as mulheres receberem proteção financeira universal.



AJUDAR A TER UM INÍCIO SEGURO *significa*

- ter acesso seguro a atendimento obstétrico, com o/a parceiro/a de sua escolha, no momento do início do trabalho de parto
- receber atendimento respeitoso, preventivo e de suporte, prestado por parteiras competentes que tenham acesso aos equipamentos e suprimentos necessários, e receber atendimento obstétrico de emergência, se necessário
- participar das decisões sobre o atendimento prestado a você e seu bebê
- ter privacidade e oportunidade de ter um parto sem perturbações e intervenções desnecessárias
- receber o suporte de uma equipe colaborativa de obstetrícia no caso de você precisar de atendimento obstétrico de emergência

CRIAR UMA BASE PARA O FUTURO *significa*

- começar a amamentar imediatamente e receber apoio para continuar a amamentação pelo tempo que desejar
- receber informações e apoio sobre como cuidar de seu bebê nos primeiros meses e anos de vida
- receber informações sobre planejamento familiar para que tenha um intervalo regular até sua próxima gravidez
- receber apoio da equipe de obstetrícia para acesso a serviços de saúde para o seu filho e sua família, bem como a programas de vacinação nas épocas adequadas

6

Atendimento obstétrico prestado de forma colaborativa com profissionais de saúde, técnicos e trabalhadores leigos na área de saúde.

7

Atendimento obstétrico imediato próximo à mulher e à sua família, com transferência contínua para o próximo nível de atendimento.

8

A força de trabalho da obstetrícia ser apoiada por meio de educação de qualidade, regulamentação e gestão eficaz de recursos humanos e outros.

9

Todos/as os/as profissionais de saúde oferecerem e serem capazes de prestar atendimento respeitoso e de qualidade.

10

As associações profissionais fornecerem liderança aos seus associados para facilitar a prestação de um atendimento de qualidade.

SITUAÇÃO

Mundial da Obstetrícia 2021

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil
Casa da ONU
Setor de Embaixadas Norte - SEN
Quadra 802 Conjunto C Lote 17
Brasília - DF
unfpa.org.br
@unfpabrasil