

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Maternidad segura y centrada en la familia: estrategias hacia la experiencia de parto positiva.

Scarpello, Yanina Paula, Faruolo, Maria Florencia, Sampayo, Daniela, Villar, Malena y Molina, Natalia.

Cita:

Scarpello, Yanina Paula, Faruolo, Maria Florencia, Sampayo, Daniela, Villar, Malena y Molina, Natalia (2022). *Maternidad segura y centrada en la familia: estrategias hacia la experiencia de parto positiva*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/40>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/OSy>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

MATERNIDAD SEGURA Y CENTRADA EN LA FAMILIA: ESTRATEGIAS HACIA LA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVA

Scarpello, Yanina Paula; Faruolo, Maria Florencia; Sampayo, Daniela; Villar, Malena; Molina, Natalia
Fundación Neonatológica A. Miguel Larguia. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Una experiencia de parto positiva cumple o supera las expectativas personales y socioculturales previas de las personas gestantes. Incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico. Un modelo de atención de Maternidades seguras y centradas en la familia (MSCF) es un facilitador. Objetivo: Estimar cuál es la percepción de Obstétricas sobre el grado de cumplimiento de una política MSCF durante el nacimiento. Diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Materiales y métodos: Datos recolectados a través de una encuesta voluntaria dirigida a obstétricas de Argentina. Resultados: N=225 profesionales, el 80% corresponden al Área Metropolitana de Buenos Aires. La mitad de las participantes cuentan con salas de parto convencionales y lograron adaptarlas con ambiente hogareño, y con recursos que mejoran el confort facilitando la asistencia del parto en diferentes posiciones. La mayoría de las variables sobre desmedicalización del parto normal se encuentran cumplidas. Conclusiones: Los recursos edilicios favorecen la implementación de una política MSCF aunque no son indispensables. El cumplimiento del derecho al acompañamiento en las cesáreas representa un desafío para mejorar. Esta visión de obstétricas refleja el modelo MSCF como una estrategia posible de implementación en nuestro país.

Palabras clave

Partería - Entorno del parto - Salud materna - Salud mental

ABSTRACT

SAFE AND FAMILY CENTERED MOTHERHOOD: STRATEGIES TOWARDS A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE

A positive childbirth experience meets or exceeds the prior personal and sociocultural expectations of the pregnant person. It includes delivering a healthy baby in a clinically and psychologically safe environment. A Safe and Family Centered Maternity (SFCM) model of care is an enabler. Objective: To estimate the perception of midwives about the degree of compliance with an MSCF during childbirth. Study descriptive, observational, cross sectional and retrospective. Materials and methods: Data collected through a voluntary survey addressed to midwives in Argentina. Results: N=225 professionals, 80% correspond to the Metropolitan Area of Buenos Aires. Half of the participants have

conventional delivery rooms and managed to adapt them with a home environment, and with resources that improve comfort by facilitating delivery assistance in different positions. Most of the variables on demedicalization of normal childbirth are fulfilled. Conclusions: Building resources favor the implementation of an SFCM, although they are not essential. Compliance with the right to accompaniment in cesarean sections represents a challenge to improve. This vision of midwives reflects the SFCM model as a possible implementation strategy in our country.

Keywords

Midwives - Birth setting - Maternal health - Mental health

Introducción

La práctica de la medicina a la vez que cura, domestica, sanciona, integra o excluye a los sujetos colectivos en los que se inscribe. La medicina como agente de control social y de reproducción de asimetría de poder influye además en la percepción de los cuerpos de las mujeres embarazadas, en el concepto de normalidad en una sociedad hipermedicalizada, en la cual la mujer embarazada pierde protagonismo tanto en la decisión y acción sobre los procesos fisiológicos de su cuerpo como en el propio parto. La medicina fue ganando terreno en el proceso de parto y nacimiento al tiempo que las mujeres y los hombres fueron cediendo el dominio sobre sus procesos fisiológicos y naturales, valorando también la intervención medicamentosa (1). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), cada año se producen 140 millones de nacimientos en todo el mundo. La mayoría ocurre sin complicaciones para las futuras madres y sus hijos. Sin embargo, en los últimos años, aumentó la práctica de intervenciones de rutina innecesarias, tales como el suministro de oxitocina sintética, cesáreas, el uso sistemático de episiotomías, entre otros casos. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para sus hijos. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Una experiencia de parto positiva es aquella

que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y parto fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales mediante la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas.(2)

La vigencia del derecho del Parto Respetado nos provoca la indispensable reflexión sobre la implementación del cambio de paradigma en la atención de los nacimientos, hacia la política pública del modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF).

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia como protagonistas de la atención del recién nacido junto al equipo de salud y define a la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la madre y su hijo o hija por parte de los miembros del equipo de salud, promueve la participación y colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y cuidado del embarazo y el recién nacido, implementa prácticas seguras y de probada efectividad y fortalece otras iniciativas, como, por ejemplo, la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna.

A partir de su implementación, se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño y que contribuya a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal en nuestro país. (3,4)

Las Obstétricas son definidas por la OMS como el profesional más costo-eficiente para brindar cuidados a la mujer durante el embarazo, trabajo de parto y parto fisiológico. Ellas pueden proporcionar una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, materna y del recién nacido dentro de un ámbito de práctica bien definido. Las Obstétricas bien capacitadas son actores clave en la fuerza laboral de salud materna a nivel mundial, ya que tienen la capacidad de brindar el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal que necesitan las mujeres y los recién nacidos en cualquier entorno.(5)

Justificación ética

El propósito de esta investigación está centrado en realizar un diagnóstico de situación para conocer desde la perspectiva de Obstétricas, datos referentes a la implementación de las actividades propuestas en el paso 3 del modelo MSCF, destinadas al cuidado de la fisiología del parto y a la realización de intervenciones perinatales oportunas.

Durante el momento del nacimiento nos encontramos dentro del

período sensible de la vida de una persona que son los primeros 1000 días críticos. Este tiempo está comprendido entre la concepción y los dos años de edad y es trascendente para la expresión del potencial de una persona y en consecuencia para la conformación del capital humano de una sociedad. La forma y los cuidados que se brinden en la asistencia del nacimiento, impactarán directamente en la instalación y sostenimiento de la lactancia posterior.

Objetivo General

Estimar cuál es la percepción de Obstétricas sobre el grado de cumplimiento del paso 3 para la implementación de una política MSCF, en su Institución.

Objetivo específico

Establecer cuál es la percepción de Obstétricas sobre las acciones sensibles al tiempo durante la primera hora posterior al nacimiento en binomios sanos.

Población y Muestra

- Criterios de inclusión: Obstétricas que brinden asistencia del nacimiento en Instituciones de Argentina; que respondan en forma completa la encuesta prestando su consentimiento para ello.
- Criterios de exclusión: Obstétricas que no brinden asistencia al nacimiento; que respondan encuesta en forma incompleta.
- Coordenadas temporo-espaciales: el presente protocolo se realizó a través de las redes sociales y vía WhatsApp en el período de 3 meses desde 1 de enero de 2022 hasta 31 de marzo de 2022 inclusive.

Diseño

El diseño utilizado fué descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

Material y métodos

Los datos fueron recolectados a través de una encuesta dirigida a obstétricas utilizando GoogleForms. La misma fué voluntaria y anónima, registrando sólo casilla de mail necesaria para corroborar participación pero sin tener conocimiento de sus respuestas. Debido al momento histórico y para lograr mayor alcance, el acceso a la misma fué a través de redes sociales y enviado telefónicamente vía WhatsApp.

Variables en estudio

Grado de cumplimiento de las actividades propuestas en el paso 3 de la política MSCF. Las variables se considerarán tomando el valor máximo obtenido del total de las respuestas que brinden las obstétricas.

Actividades:

Adecuación de las salas de trabajo de parto y parto: La estructura edilicia de la maternidad debería reunir características de tipo UTPR (unidades de trabajo de parto, parto y recuperación) facilitando intervenciones oportunas. La variable se considerará:

- CUMPLIDA: cuando se cuente con UTPR formalmente instaladas.
- MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando a pesar de no cumplir los requisitos edilicios de UTPR, se cuente con salas de partos convencionales adaptadas con ambiente hogareño y herramientas para brindar métodos analgésicos no farmacológicos y asistencia de parto en diferentes posiciones (ej; banco, lianas, esferas).
- NO CUMPLIDA: cuando se cuente con salas de partos convencionales y/o se hayan realizado adaptaciones pero no se utilicen.

Acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y parto por la persona de su elección: Por sus múltiples beneficios para la evolución del parto y en consonancia con la Ley 25.929 de Parto Respetado la mujer tiene derecho a elegir estar acompañada por una persona de su confianza durante todo el proceso. La variable se considerará:

- CUMPLIDA: cuando el acompañamiento haya sido durante trabajo de parto y nacimiento (parto-posparto inmediato).
- MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando el acompañamiento haya sido sólo en alguna de las dos instancias.
- NO CUMPLIDA: cuando no haya acompañamiento en ninguna de las dos instancias.

Intervenciones que se realizan cuando la mujer dilata menos de 1 cm por hora: la velocidad e dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres, y por ende, no se recomienda para identificar una progresión normal para el trabajo de parto. Una velocidad de dilatación del cuello uterino menor que 1 cm por hora no debe ser un indicador para la intervención obstétrica. Se considerarán intervenciones: ROTURA ARTIFICIAL DE BOLSA, USO OXITÓCICOS, OPERACIÓN CESÁREA. La variable será considerada:

- CUMPLIDA: cuando no se realicen intervenciones si la mujer dilata menos de 1 cm por hora.
- NO CUMPLIDA: cuando se realice alguna de las intervenciones mencionadas si dilata menos de 1 cm por hora.

Tacto vaginal: Técnica exploratoria para valorar la dilatación cervical. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de 4 horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo. La variable se considerará:

- CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea menor o igual a 3.

- MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea de 4 debido a rotura de bolsa y/o deseos de pujo.
- NO CUMPLIDA: cuando el número de tactos vaginales que realiza habitualmente en el cuidado de un trabajo de parto activo sea mayor o igual a 5.

Uso de métodos analgésicos no farmacológicos: serán considerados técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias dependiendo de las preferencias de la mujer, esferodinamia, suspensión, hidroterapia, movilidad y libertad para elegir posición durante el trabajo de parto. La variable se considerará:

- CUMPLIDA: cuando se cuente como recuso con al menos con una de las técnicas mencionadas y se ofrezca habitualmente como alternativa.
- MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando se cuente como recuso con al menos con una de las técnicas mencionadas pero no se utilice por desconocimiento sobre su aplicación o beneficios.
- NO CUMPLIDA: Cuando no se cuente con ninguna de las técnicas mencionadas para ofrecer.

Contacto piel con piel: Acción sensible al tiempo. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora del nacimiento para prevenir la hipotermia y para promover la lactancia y el vínculo. La variable se considerará como:

- CUMPLIDA: cuando se realice habitualmente contacto piel a piel ininterrumpido y sin interferencias durante la primera hora de vida del niño.
- MEDIANAMENTE CUMPLIDA: cuando se realice habitualmente contacto piel a piel aunque existan interferencias (como por ej. Separación transitoria, luz, ruido, ropa, campos estériles), durante la primera hora de vida del niño.
- NO CUMPLIDA: cuando no se realice contacto piel a piel sin indicación médica justificada.

Pinzamiento oportuno del cordón umbilical: Acción sensible al tiempo. Se recomienda el pinzamiento oportuno de 1 a 3 minutos o hasta que deje de latir para mejores resultados de salud y nutrición de la madre y el recién nacido. La variable se considerará como:

- CUMPLIDA: pinzamiento sistemático cuando deja de latir en todos los partos sin contraindicaciones.
- NO CUMPLIDA: pinzamiento menor al minuto del nacimiento sin justificación debida. Acción dependiente del profesional que asiste.

Inicio de la Lactancia durante la primera hora de vida del recién nacido sano: Acción sensible al tiempo. Acople al pecho materno durante la primera hora de vida. La variable se considerará:

- **CUMPLIDA:** Si brinda asesoramiento y apoyo para iniciar y sostener el primer acople al pecho durante la primera hora de vida. Prioriza esta acción en sala de partos sobre tareas administrativas.
- **MEDIANAMENTE CUMPLIDA:** Sólo brinda asesoramiento desde la teoría identificando la importancia de la acción. Se brinda apoyo durante horas posteriores en sala de internación.
- **NO CUMPLIDA:** No brinda asesoramiento y apoyo para iniciar y sostener el primer acople al pecho durante la primera hora de vida. Prioriza tareas administrativas durante este tiempo.

Resultados:

El tamaño muestral fue de N=225 Licenciadas obstétricas cuya participación fue distribuida a lo largo de la Argentina, aunque representada mayoritariamente con la región del Área Metropolitana de Buenos Aires 80% (180). El 100% de la muestra son participantes mujeres, lo cual refleja todavía la asociación de la partería con una profesión femenina. Otro punto a destacar es que más de la mitad de las participantes poseen edades entre 22 a 39 años ya que, este grupo es contemporáneo en su formación profesional con la sanción de la Ley 25.929 de Parto Respetado en nuestro país, sancionada en el año 2004 y reglamentada en 2015. Esto quizás favorezca a que el 85.3% (191) haya recibido capacitación sobre las actividades que se proponen en un modelo de atención MSCF.

Rango etario	N
22 a 39 años	119 (52,9%)
40 a 55 años	84 (37,3%)
55 años o más	22 (9,8%)

En cuanto a la adecuación de las salas de trabajo de parto y parto, sólo el 20.9% (47) se desempeña en instituciones que cuentan con Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR) formalmente instaladas para la asistencia del nacimiento. Si bien la mitad de las participantes de la encuesta 50.6% (114) no cuentan con ellas, han podido adaptar las salas de trabajo de parto y las salas de partos convencionales con un ambiente hogareño, y con recursos que permiten la movilidad (banquitos, esferas, lianas) y que facilitan la asistencia del parto en diferentes posiciones. Dentro de este subgrupo, el 50% refiere que estos recursos son ofrecidos y utilizados también por el resto del equipo de salud que acompaña y no sólo por obstétricas.

Independientemente del recurso edilicio, más del 70% de las obstétricas tiene herramientas disponibles para mejorar el confort en la experiencia del nacimiento, siempre contando con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales para garantizar la seguridad en la atención. Esta variable se encuentra medianamente cumplida.

Sobre el acompañamiento se presenta un gran desafío. Si bien la Ley 25929 garantiza el derecho de las personas en situación de parto a elegir estar acompañadas por una persona de su confianza, en esta encuesta el 36.9% (83) refiere no poder cumplirlo en casos de parto por cesárea. A pesar de ello y como en más de la mitad de las obstétricas 53.3% (120) puede garantizar su cumplimiento durante todo el proceso, la variable se considera cumplida.

Ante las intervenciones obstétricas que se realizan cuando la mujer dilata menos de 1 cm por hora, el 83% (186) respondió no realizar intervenciones entendidas como rotura artificial de bolsa, administración de oxitocina sintética y operación cesárea. Según la OMS para contribuir a una experiencia de parto positiva es necesario considerar que la velocidad de dilatación del cuello uterino mínima de 1 cm por hora durante toda la fase activa del período de dilatación resulta irrealmente rápida para algunas mujeres, y por ende, no se recomienda para identificar una progresión anormal para el trabajo de parto. La variable en este caso se considera cumplida.

Otro tipo de intervención es la realización del tacto vaginal para valorar la evolución del trabajo de parto de bajo riesgo. Esta variable está cumplida ya que en consonancia con la variable anterior, el 87% lo realiza según las indicaciones de la OMS. En este subgrupo, el 45% (100) realiza menos de 3 tactos en trabajo de parto activo y el 42% (95) realiza 4, considerando una justificación clara como deseo espontáneo de pujo o rotura espontánea de bolsa.

Los métodos analgésicos no farmacológicos resultan clave para contribuir a la disminución de la medicalización del parto. Se consideraron en esta encuesta técnicas manuales como masajes o aplicación de compresas tibias, esferodinamia, suspensión, hidroterapia, movilidad y libertad para elegir posición durante el trabajo de parto.

La variable se considera cumplida ya que el 92,9% (209) de las obstétricas manifestaron contar con estos recursos y utilizarlos. Además, dentro de este subgrupo, el 35.5% (80) son utilizados también por el resto del equipo de salud que acompaña el nacimiento.

Sobre el Contacto piel a piel, el 96.4% (217) de las obstétricas refiere realizarlo a pesar de que existen interferencias para ello. En este subgrupo, el 74.6% (168) manifiesta que se inicia la lactancia. La variable se considera medianamente cumplida.

Con respecto al pinzamiento del cordón umbilical, el 84% (189) de las obstétricas refieren que el pinzamiento es oportuno, cuando deja de latir. Existe un 15.5% (35) que manifiestan que es una práctica que depende del profesional. A pesar de ello, la variable se considera cumplida.

Dentro de las acciones durante la primera hora de vida, más de la mitad de las obstétricas refieren brindar apoyo para iniciar la lactancia 62.2% (140) y priorizar esta acción sobre tareas administrativas. La variable se considera cumplida.

Resumen de resultados

Variable	Grado de cumplimiento	Resultado
Adecuación de salas de trabajo de parto y parto	Medianamente cumplida	50,60%
Derecho al Acompañamiento durante todo el proceso	Cumplida	53,30%
Intervenciones según recomendaciones OMS	Cumplida	83%
Tacto Vaginal	Cumplida	87%
Uso de métodos analgésicos no farmacológicos	Cumplida	92,90%
Contacto Piel con piel	Cumplida	96,40%
Pinzamiento del cordón umbilical	Cumplida	84%
Inicio de la lactancia durante la primera hora de vida	Cumplida	62,20%

Conclusiones

Los recursos edilicios favorecen la implementación de una política MSCF pero no son indispensables para ello. En la mayoría de los casos se han logrado adecuar informalmente las instalaciones para poder brindar recursos que contribuyan a favorecer experiencias positivas de las familias durante el proceso de nacimiento.

El cumplimiento del derecho al acompañamiento en los nacimientos por cesárea representa un desafío para mejorar.

La mayoría de las obstétricas cumple en la actividad asistencial, recomendaciones nacionales e internacionales, lo que denota la capacitación y actualización continua.

Los métodos analgésicos no farmacológicos implementados exclusivamente por obstétricas durante mucho tiempo, están siendo compartidos en su conocimiento involucrando en su práctica al resto del equipo de salud que asiste nacimientos.

Las acciones sensibles al tiempo, se respetan en la mayoría de los casos. El nacimiento y el inicio oportuno de la lactancia es una ventana de oportunidades en la cual pequeñas acciones de bajo costo tendrán un gran impacto en la salud presente y futura de las personas.

Esta visión de obstétricas refleja el modelo MSCF como una estrategia posible de implementación en nuestro país hacia la desmedicalización del nacimiento y las intervenciones perinatales oportunas, con enfoque de derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rosemberg, P. y Zerbo, M.C. Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos Raíces: Maternidad Estela De Carlotto. *Mora (B. Aires)*. 2017, vol.23, n.1
- (2) Organización Mundial de la Salud. "Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los Cuidados durante el parto, para una experiencia de Parto Positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar". 2018
- (3) Ortiz, Z., Larguía, A.M. et al. Manual para la implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia Paso 3 y Paso 4. UNICEF 2010,67-87.
- (4) Larguía M, González M.A, Solana C, Basualdo N, Di Pietroantonio E, Bianculli P, Ortiz Z, Cuyul A, Esandi M.E, Ministerio de Salud de la Nación, UNICEF. "Maternidad Segura y Centrada y la Familia con enfoque Intercultural. Segunda edición. Buenos Aires, 2012
- (5) UNFPA, WHO, ICM. The State of the World's Midwifery 2014: a universal pathway. A woman's right to health. New York: United Nations Population Fund, 2014
- (6) Soto Conti C. La primera hora de vida: una ventana de oro. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 2018,3(3) Pag. 167-178.
- (7) Ley 25929 parto humanizado. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, 2018
- (8) Crenshaw JT. Healthy Birth Practice N°6: Keep Mother and Baby Together — It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education* 2014, 23(4):211-217.
- (9) Larguía M, Lomuto C, González M.A. "Guía para transformar maternidades tradicionales en maternidades centradas en la familia" Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006