

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

AFR/RC53/RT/2

3 de Julho de 2003

Quinquagésima-terceira sessão
Joanesburgo, África do Sul, 1-5 de Setembro de 2003

ORIGINAL: INGLÊS

Ponto 11.2 da ordem do dia provisória

**MATERNIDADE SEGURA: MELHORIA DO ACESSO AOS
CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE EMERGÊNCIA**

Mesa-Redonda 2

ÍNDICE

	<i>Parágrafos</i>
INTRODUÇÃO	1-8
ENQUADRAMENTO	9-18
DESAFIOS	19-22
TEMAS DE DISCUSSÃO.....	23-28
RESULTADOS ESPERADOS	29

INTRODUÇÃO

1. A magnitude do problema da morbidade e mortalidade materna e do recém-nascido não se encontra ainda devidamente avaliada.
2. A mortalidade materna constitui um dos principais problemas de saúde nos países em desenvolvimento. Nestes, os óbitos associados à gravidez e nas seis semanas subsequentes, afectam ainda cerca de 600 000 mulheres.¹ Quase metade desses óbitos ocorrem na Região Africana, que constitui apenas 12% da população mundial e onde se registam apenas 17% do número total de nascimentos no mundo.
3. A Região Africana é a única onde ao longo de mais de uma década, não se registaram melhorias na redução dos óbitos maternos. Na realidade, a taxa média da mortalidade materna, aumentou de 870/100 000² nados-vivos em 1990, para 1000/100 000 em 2001.³
4. Por cada óbito materno, pelo menos vinte mulheres ficam incapacitadas, em consequência de diferentes sequelas, de entre as quais se destacam as fístulas obstétricas, síndrome de dor pélvica crónica e infertilidade. A maioria destas ocorrem em mulheres pobres nas áreas rurais e nas comunidades desfavorecidas ou mal servidas dos centros urbanos.
5. As causas directas principais de óbitos maternos na Região Africana, são a hemorragia durante a gravidez, no período pré e pós-parto (25%); sépsis (15%); abortos de risco (13%); hipertensão provocada pela gravidez (12%); e parto obstruído (8%). As causas indirectas, incluem o paludismo, anemia, tuberculose e HIV/SIDA.
6. Através do acesso atempado aos cuidados obstétricos de emergência (EOC), 75% destes óbitos maternos poderiam ser evitados. Os cuidados obstétricos de emergência remetem para os sistemas de saúde e para a sua capacidade de preparação e de resposta às complicações, sempre e quando estas surgirem.
7. Sempre que as complicações surgem e, devido a vários atrasos impeditivos, as mulheres não têm acesso aos cuidados apropriados. Devido:
 - a) ao atraso em procurar os cuidados apropriados nas instalações de saúde. Este factor deve-se à impossibilidade da mulher, em decidir sobre se, e quando procurar os cuidados apropriados, bem como à falta de preparação da família e da comunidade para o parto;
 - b) ao atraso em chegar às instalações de saúde adequadas, devido às más estradas e

¹Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/ World Bank statement, 1999.

²Maternal mortality estimates: Revised 1990 estimates of maternal mortality, WHO and UNICEF, April 1996.

³Maternal mortality in 1995, estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001.

deficientes redes de comunicação, falta de meios de transporte e a recursos financeiros insuficientes;

- c) ao período de tempo que medeia entre a chegada ao centro de saúde e a resposta na prestação dos cuidados apropriados; este atraso pode ser ainda mais importante para a sobrevivência da grávida e do recém-nascido.

8. Na maioria dos países da Região, os sistemas de saúde permanecem deficientes, não podendo por isso, responder adequadamente às necessidades das mães e dos recém-nascidos. Os sistemas de saúde caracterizam-se pelo insuficiente número de profissionais; falta do equipamento, medicamentos e bens necessários, e um mau sistema de referência. As estatísticas demonstram que na Região Africana apenas 42% dos partos são assistidos por profissionais. Os estudos comprovam ainda que, num país, quanto mais elevada é a proporção de partos assistidos por profissionais, menor é o rácio de mortalidade materna⁴ e a taxa de mortalidade neonatal.⁵

ENQUADRAMENTO

9. Após a revisão efectuada sobre a implementação da Iniciativa Maternidade Segura e, com base nas lições retiradas, foram identificadas as intervenções-chave para acelerar a redução da mortalidade materna, a saber:

- a) prevenção da gravidez indesejada e prevenção e gestão dos abortos de risco;
- b) incentivo à assistência ao longo da gravidez e durante o parto por um profissional de saúde;
- c) melhoria do acesso aos cuidados de referência, nos casos em que surjam complicações.

10. Em 1999, a OMS lançou a iniciativa Tornar a Gravidez Mais Segura (MPS), por forma a reiterar o seu compromisso para a redução da mortalidade materna. O objectivo da iniciativa é garantir que as mulheres e os recém-nascidos tenham acesso aos cuidados de que necessitam e merecem, através de sistemas de saúde reforçados e de acções apropriadas a nível comunitário. Até agora, a MPS encontra-se em implementação em 39 países da Região.

11. Apesar das iniciativas mundiais e regionais, para a maioria das mulheres em África, as mais pobres de entre os pobres, o acesso aos cuidados obstétricos de emergência permanece difícil, do ponto de vista geográfico, financeiro e cultural.

12. Melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência, envolve primeiramente o levantamento de todas as barreiras que se colocam à qualidade desses cuidados. São eles:

⁴ Safe motherhood strategies: A review of the evidence, Brouwere V and Lerberghe K, 2001.

⁵ Policy perspectives on newborn health, Population Reference Bureau and Save the Children, 2002.

- a) distribuição equitativa de serviços;
- b) existência de pessoal suficiente e capacitado, associado à devida delegação de autoridades e uma supervisão de apoio;
- c) criação de um ambiente que promova o empenho e a motivação por parte dos profissionais, bem como a respectiva utilização desses cuidados, pelos utentes.

13. Ao nível comunitário, os prestadores de cuidados de saúde, profissionais de saúde e parteiras, representam um ponto de entrada na comunidade e podem desempenhar um papel fundamental na prestação dos cuidados de saúde de emergência. Os dois primeiros atrasos acima mencionados, podem ser controlados através da formação dos profissionais de saúde para que estes eduquem e encorajem as mulheres, os seus parceiros e as famílias, a:

- a) reconhecerem os sinais de complicações que representam risco de vida;
- b) saberem quando e onde procurar os cuidados apropriados sempre que as complicações surjam;
- c) desenvolverem planos de preparação para o parto e para o transporte de emergência.

14. Ao nível dos cuidados primários de saúde, as instalações deveriam estar equipadas, por forma a oferecerem serviços de cuidados obstétricos de emergência para os partos normais; remoção manual da placenta ou de produtos retidos; e administração de sedativos, antibióticos e oxitocinas por via intravenosa.

15. O primeiro nível de referência inclui instalações que prestam todos os cuidados obstétricos de emergência, e todos os procedimentos cirúrgicos de nível básico, incluindo a cesariana com anestesia e transfusões sanguíneas seguras.

16. É fundamental que se aumente a cobertura e o acesso aos EOC. Por cada 500.000 pessoas, deveriam existir pelo menos quatro instalações de cuidados obstétricos de emergência de nível básico e uma instalação de cuidados obstétricos de emergência mais específicos.

17. Devido à inadequação dos sistemas de comunicação, estradas intransitáveis e longas distâncias entre os diferentes pontos de referência, muitas mulheres sucumbem a caminho das unidades de saúde. O sistema de referência deveria ligar de forma eficaz os diferentes níveis de cuidados de saúde, incluindo os cuidados prestados ao nível comunitário, por forma a garantir uma continuidade nos cuidados de saúde maternos.

18. Apesar de todas as intervenções previstas, poderão ainda ocorrer algumas complicações ao nível materno, mas os óbitos durante a gravidez e decorrentes de complicações do parto, poderão ser evitados.

DESAFIOS

19. A maioria dos desafios que se colocam à prestação dos cuidados obstétricos de emergência, são à habilidade e capacidade que as unidades de saúde têm em prestar esses mesmos EOC. De uma forma geral, os sistemas de saúde da maioria dos países da Região, são ainda deficientes, o que tem implicações graves na qualidade dos cuidados obstétricos de emergência.

20. As barreiras que se apresentam aos cuidados obstétricos de emergência, incluem:

- a) frequente escassez ou falta de medicamentos, de bens essenciais e equipamento;
- b) serviços transfusionais inadequados;
- c) serviços laboratoriais de apoio inadequados;
- d) insuficiência de pessoal, de profissionais devidamente treinados e falta de supervisão do pessoal existente;
- e) insuficiência de salas de cirurgia para as emergências obstétricas, o que resulta nos atrasos das intervenções cirúrgicas;
- f) deficiência das políticas existentes para a delegação de autoridade no que respeita à gestão das emergências obstétricas;
- g) má gestão das complicações obstétricas, como consequência da incompetência, negligência ou atitude errada por parte do pessoal.

21. O acesso aos cuidados obstétricos de emergência é uma questão multisectorial e multidimensional, envolvendo não apenas o sector sanitário, mas também os sectores sem ligação à saúde, sectores privados e a sociedade civil, na criação de infraestruturas sociais básicas. Isto exige uma abordagem de base sectorial, com parcerias eficazes e uma melhoria na função de administração-geral do governo.

22. Existe a necessidade de identificar e intensificar iniciativas de base comunitária sustentáveis, tais como esquemas mutualistas e de seguros, que permitam o acesso ao transporte e ao financiamento dos cuidados de emergência. Isto irá melhorar as ligações existentes entre a família e os vários níveis de prestação de cuidados.

TEMAS DE DISCUSSÃO

23. Quais são os passos necessários para a criação e sustentabilidade de um sistema abrangente de cuidados obstétricos de emergência?

24. É possível aumentar a consciencialização aos níveis comunitário, nacional e internacional, para a magnitude da morbilidade e mortalidade materna e dos recém-nascidos?
25. Através da análise das funções e actividades desempenhadas, é possível melhorar as capacidades dos profissionais de saúde existentes, para que prestem os cuidados obstétricos de emergência? Quais são as implicações humanas, materiais e financeiras desta estratégia?
26. É possível assegurar a dotação e utilização adequadas de recursos para reforçar os serviços de cuidados obstétricos de emergência? Quais as medidas a serem tomadas para garantir a disponibilidade de bens, medicamentos e equipamento, incluindo sangue seguro?
27. Quais poderiam ser as componentes de um plano, ao nível comunitário e das instalações de saúde, para preparação e resposta às situações de emergência obstétricas?
28. Quais são as estratégias possíveis para reforçar o papel da comunidade, como garante do acesso das mulheres a uma assistência qualificada durante o parto?

RESULTADOS ESPERADOS

29. Os resultados esperados do documento Maternidade Segura, são:
- a) uma direcção estratégica e acções práticas para melhorar o acesso aos cuidados obstétricos de emergência, reduzir a mortalidade materna e dos recém-nascidos;
 - b) proposta de uma estratégia de advocacia para aumentar a consciencialização para a magnitude das consequências que a mortalidade e a morbilidade materna e do recém-nascido têm sobre as famílias, comunidades e países;
 - c) recomendação que permita a elaboração de um plano de recursos humanos, para assegurar a delegação de funções aos profissionais de saúde capacitados, por forma a permitir a prestação de cuidados obstétricos de emergência;
 - d) recomendações para assegurar um aumento na dotação de recursos para o reforço dos cuidados obstétricos de emergência;
 - e) estratégias de nível comunitário para uma melhor acessibilidade e utilização dos serviços.