



Primeiro Manifesto

Integrar os programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança



Este Relatório Mundial da Saúde aparece a uma década da data para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio. A pobreza, a desigualdade/iniquidade, a guerra e a agitação civil, e a influência destrutiva do VIH/SIDA têm desempenhado o seu papel na falta de desenvolvimento de uma melhor saúde para as mães e crianças, mas o principal obstáculo é a falta de acesso a cuidados de qualidade.

ACABAR COM A EXCLUSÃO

Aumentar a exigência e as expectativas ► As famílias de comunidades pobres, as mulheres em particular, sabem demasiado bem como o acesso aos cuidados de saúde é importante. São cada vez mais exigentes em relação aos cuidados para os seus bebés e crianças, e também para elas próprias. Com todo o direito, esperam que os seus governos lhes garantam o acesso a esses cuidados. Estas expectativas constituem neste momento uma realidade política e existem custos em termos políticos para quem ignora este apelo.

Demasiada gente continua a ser excluída ► As razões para o não acesso aos cuidados são múltiplas. Os serviços podem simplesmente não existir ou, as mulheres podem considerar que o acesso é difícil por razões ligadas ao género ou por barreiras associadas à pobreza, à língua e à cultura, à incerteza sobre o custo dos cuidados ou, à consciência de que será demasiado caro, factos estes que levam muita gente a não recorrer a cuidados que podem ser vitais. Mesmo para as pessoas que conseguem usar os serviços, o que é oferecido pode não ser no momento certo, pode ser inefectivo, pode não responder às necessidades ou ser discriminatório – e frequentemente é catastróficamente caro.

Muito pouco progresso ► Os resultados são com frequência fatais. Todos os anos, 529 000 mulheres morrem de causas relacionadas com a gravidez, número que inclui 68 000 óbitos resultantes de abortos não seguros. 10,6 milhões de crianças não chegam sequer ao seu 5º aniversário. Este número inclui 4 milhões de bebés que morrem antes de atingirem um mês de idade, mas não inclui 3,3 milhões de nados mortos. As respostas para solucionar estes problemas são demasiado lentas e erráticas. Em alguns países conseguiram-se grandes melhorias mas, em muitos outros, as taxas de mortalidade estagnaram ou pioraram. Nos dias de hoje, pouco ou nenhum progresso tem sido observado em relação à saúde materna e a saúde do recém-nascido permaneceu, até há bem pouco tempo, como uma componente ignorada da saúde da criança. A ironia que se esconde por detrás desta falta de progresso prende-se com o facto de a maioria das mortes serem evitáveis, dado que são bem conhecidas as intervenções que as podem prevenir e que podem ser aplicadas em larga escala, inclusive em locais com recursos escassos. Os obstáculos principais não são, portanto, técnicos, mas sim operacionais: escolher as estratégias adequadas para escalamento dos programas e ultrapassar os constrangimentos que dificultam o desenvolvimento de sistemas de saúde efectivos.

ESCOLHER AS ESTRATÉGIAS PROGRAMÁTICAS CERTAS

Desenvolver a continuidade dos cuidados ► O princípio que se encontra na base do desenvolvimento dos programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança é o da “continuidade de tratamento”. Esta expressão tem dois significados. Primeiro, significa que os cuidados têm que ser prestados continuamente ao longo de todo o ciclo de vida, incluindo a adolescência, a gravidez, o parto e a infância. Segundo, indica que os cuidados têm que ser prestados garantindo relações de proximidade efectivas entre os cuidados prestados nos domicílios, na comunidade, no centro de saúde e no hospital. Perceber estas duas dimensões da “continuidade” dos cuidados tem consequências profundas no modo como os programas são organizados.

Cuidados durante a gravidez ► Os cuidados pré-natais são vitais tanto para a mãe como para o bebé. Reflectem, por esse mundo fora, uma história de grande sucesso, com um aumento significativo da sua procura e a uma grande adesão aos serviços que os prestam. No entanto continua a existir uma necessidade de melhoria da qualidade, da resposta e da cobertura. Muito mais se pode fazer se o potencial dos cuidados pré-natais for plenamente aproveitado para a promoção de estilos de vida saudáveis e do planeamento familiar, bem como para apoio a programas de combate à malnutrição, VIH/SIDA, infecções sexualmente transmitidas, malária e tuberculose. Durante os cuidados pré-natais podem também ser lançadas as bases para a continuidade dos cuidados durante e depois do parto, estabelecendo-se então uma relação de confiança entre a mãe e os serviços de saúde, através do planeamento de um parto em circunstâncias seguras e ajudando a família a preparar-se para uma paternidade adequada. Mas, uma gravidez bem sucedida, inicia-se antes da concepção, entre outras coisas através da prevenção de gravidezes precoces ou não desejadas. Continua a existir uma grande necessidade, na sua maioria por satisfazer, de investimento na informação, na educação e no acesso ao planeamento familiar. Os elevados níveis de

aborto inseguro são inaceitáveis e constituem um grande problema de saúde pública. As mortes e incapacidades resultantes do aborto inseguro podem ser evitados na totalidade: isto não é apenas uma questão de como um país define o que é ilegal e o que não é, mas também de como garante às mulheres o acesso – em toda a extensão prevista na lei – a cuidados de saúde de qualidade, durante e após o aborto.

Tratamento profissional e competente durante o parto ► Os países que tiveram sucesso em conseguir garantir uma maternidade segura têm algo em comum: garantem à mulheres grávidas o acesso a cuidados competentes e profissionais antes, durante e depois do parto. Como as complicações que ocorrem durante o parto não podem ser previstas e podem muito rapidamente tornar-se fatais, todas as mulheres e bebés sem excepção, precisam dos cuidados que apenas as parteiras, enfermeiras-partteiras, médicos e outros profissionais com competências obstétricas, podem prestar. Isto significa que os cuidados profissionais de primeira linha têm que estar disponíveis 24 horas por dia, todos os dias, para atender todas as mães e recém-nascidos, com o apoio na retaguarda de um hospital que possa garantir um nível de cuidados de referência 24 horas por dia, todos os dias, para as que deles necessitem. O Quadro 1 resume o que o Relatório Mundial da Saúde considera necessário para prestar esse tipo de cuidados a todas as mães e aos seus bebés.

Os dias e semanas após o nascimento ► Podem ser obtidos grandes ganhos em saúde materna através da melhoria dos cuidados no período pós-parto, período este que tradicionalmente tem sido negligenciado. Os profissionais que assistem o parto frequentemente tendem a descurar o facto de que as horas, dias e mesmo semanas após o nascimento são ainda um período crítico e perigoso, tanto para a mãe como para a criança. Os programas de saúde infantil, por outro lado, só recentemente começaram a incidir também sobre os problemas específicos dos recém-nascidos. A importância de garantir cuidados durante o período pós-natal e o pós-parto não pode ser exagerada: é um período durante

Quadro 1 Indicadores de referência para as necessidades de cuidados anuais para mãe–recém-nascido a nível distrital

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| População | Distrito médio | 100 000–120 000 |
| Quantidade de trabalho | Gravidezes para atender | 3000–3600 |
| | Partos para atender | 3000–3600 |
| | Mulher para atender após o parto | 3000–3600 |
| | Mulheres que requerem apoio de retaguarda (7%) | Aprox. 210–250 |
| | Casos quirúrgicos (2–3%) | 60–110 |
| | Recém-nascidos para atender | 3000–3600 |
| | Recém-nascidos que requerem apoio de retaguarda (9–15%) | 270–550 |
| Recursos necessários | Profissionais com competências de parteiras | 20 parteiras organizadas em 2 ou 3 equipas, uma das quais no hospital distrital |
| | Médicos com competências obstétricas/ginecológicas/pediátricas ou técnicos de nível médio com competências equivalentes; em tempo parcial | Mínimo de 3 para garantir a cobertura do hospital distrital durante as 24 horas do dia |
| | Instalações | 60–90 camas entre hospitais e maternidades/salas de parto |
| | Ambiente favorável ao bom desempenho | Apoio administrativo, medicamentos, laboratório, equipamento, sistemas de transporte e comunicações |

Manifestos sobre as políticas do RMS 05: integrar os programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança

o qual ocorrem mais de 70% de todas as mortes Maternas e mais de 40% de todas as mortes de crianças com menos de 5 anos. É durante este período que mais frequente se quebra a continuidade de cuidados tão desejada e tão necessária, por não existir muitas vezes uma clara delimitação das responsabilidades profissionais. Em muitos locais, simplesmente não existem mecanismos que estabeleçam a comunicação entre e a transição dos programas de saúde materna para os de saúde infantil. A correcção desta lacuna é assim uma prioridade para ambos os programas. Requer abordagens múltiplas desde a melhoria dos cuidados domiciliários aos recém-nascidos, através de visitas domiciliárias por profissionais de saúde, melhor resposta dos serviços em caso de problemas e encaminhamento quando necessário.

GARANTIR A COBERTURA TOTAL E EFECTIVA DE CUIDADOS EXIGIRÁ FUNDOS EXTRA

O Relatório Mundial da Saúde 2005 prevê que dentro de 10 anos seja possível, nos 75 países do mundo mais afectados, chegar a todas as crianças e ¾ de todas as mães e bebés com as intervenções prioritárias de saúde infantil, e com toda variedade de intervenções efectivas durante a gravidez, parto e pós-parto. Na maioria destes países, isto atingiria ou iria para além dos Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio estabelecidos para a Saúde Infantil e atingiria ou pelo menos ficaria perto dos Objectivos de Desenvolvimento para o Milénio estabelecidos para a saúde materna. De acordo com os últimos dados disponíveis, a despesa pública com a saúde nestes países ronda actualmente os 97 biliões de dólares americanos por ano, i.e. aproximadamente 22 dólares americanos por habitante. Garantir o escalamento no sentido da cobertura universal irá exigir uma despesa adicional de 0.69 dólares americanos por habitante em 2006, que aumentará, à medida que o escalamento for ocorrendo, para 2,66 dólares americanos em 2015 – em média um total de 9 biliões de dólares americanos por ano durante os próximos 10 anos. Estas quantias são no entanto uma estimativa por baixo do que é indispensável e dos esforços que serão necessários para continuar o crescimento, depois deste período inicial de 10 anos, até ser atingida a cobertura universal para todas as mulheres, recém-nascidos e crianças. Os esforços suplementares necessários variam consideravelmente de país para país, mas no seu conjunto irão exigir esforços adicionais substanciais de todos os países e também da comunidade internacional.

Cuidados infantis integrados e compreensivos ► Apesar dos seus resultados impressionantes, as limitações inerentes às abordagens verticais das últimas décadas tornaram-se agora aparentes, num momento em que tanto os pais como os profissionais de saúde se aperceberam da necessidade de uma abordagem mais compreensiva das necessidades da criança. Embora a sobrevivência seja a prioridade, a finalidade principal é uma criança saudável que cresça e se desenvolva de modo harmonioso. A resposta a esta nova preocupação é integrar os cuidados – começando por uma integração limitada através, por exemplo, da estratégia “Mais Imunização”, ou uma integração mais ambiciosa juntando um conjunto de intervenções efectivas e comportáveis em termos financeiros, para uma abordagem combinada das doenças mais frequentes nas crianças e da malnutrição, sob o nome de “Abordagem Integrada das Doenças da Infância” (AIDI). AIDI combina intervenções não apenas para prevenir mortes, tendo em conta as mudanças no perfil de causas de mortalidade,

mas também para melhorar o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Mais do que acrescentar apenas mais programas a apenas um canal de prestação de cuidados, tem procurado transformar o modo como o sistema de saúde aborda os cuidados de saúde para as crianças, mudando o seu foco dos Centros de Saúde para uma continuidade de tratamento que implica as famílias e as comunidades, os Centros de Saúde e Hospitais de referência. AIDI já foi adoptado por mais de 100 países, mas a sua implementação é ainda, na maioria dos casos, bastante limitada. A realidade é que muitas crianças não beneficiam deste tratamento compreensivo e integrado. À medida que os programas continuam a evoluir no sentido da integração, precisam também de evoluir de projectos de pequena escala para projectos de acesso universal.

RECOMENDAÇÕES PARA POLÍTICAS MAIS ADEQUADAS

Aumentar as competências, delegar tarefas e redefinir responsabilidades ►

O défice de recursos humanos exige soluções pragmáticas. Por exemplo, a falta de obstetras e anestesistas para cirurgia obstétrica pode ser corrigida através do treino de clínicos gerais ou de técnicos de nível médio; ou nos locais onde existe falta de enfermeiras, muitas das intervenções prioritárias para tratar crianças podem ser delegadas em trabalhadores não profissionalizados ou voluntários – mais uma vez, depois de terem treino específico e com o apoio que for necessário. Mas estes prestadores de cuidados também necessitam de poder trabalhar num ambiente adequado. Acontece com demasiada frequência que os profissionais de saúde não estejam treinados em todo o seu potencial, ou ainda que o estejam, não lhes ser permitido colocar todas as suas competências em acção: permitir que as parteiras ou as enfermeiras administrem às mulheres ocitocina, por exemplo, tarefa que elas são perfeitamente capazes de fazer, pode salvar muitas vidas. Os governos precisam de tomar as medidas legais e reguladoras necessárias, de modo a tornar mais rápido o escalamento dos cuidados de saúde materna, do recém-nascido e da criança. Isto tem que ser feito em colaboração com as organizações de profissionais, de modo a manter todos os profissionais unidos.

Tornar os cuidados profissionalizados a peça central da estratégia de saúde materna, do recém-nascido e da criança ►

Onde existir uma boa base de recursos humanos, quaisquer faltas devem ser corrigidas e a multidisciplinaridade adaptada às necessidades. No entanto em alguns países, as carências são tais que a tarefa pode parecer impossível. A solução de se socorrerem de não profissionais pode nestes casos ser muito atractiva, particularmente para prestação de cuidados a crianças onde algumas das tarefas podem ser delegadas em trabalhadores menos diferenciados ou em não-profissionais treinados para tal. Tais medidas aproximam os cuidados das pessoas, mas podem também não conduzir aos resultados esperados em termos de redução da mortalidade. Em qualquer caso, é importante centrar a acção em estratégias de longo-prazo construídas em torno de cuidados competentes e profissionais e assegurar que o investimento em soluções intermédias, de curto-prazo, não será feito à custa do investimento no futuro.

Construir, distrito a distrito, o pacote completo de cuidados de saúde materna, do recém-nascido e da criança ►

Para maximizar as sinergias do empoderamento, tratamento domiciliário de qualidade, serviços de primeiro contacto – tais como os prestados pelas parteiras às mulheres grávidas, ou por técnicos de saúde infantil generalistas – e tratamento

Manifestos sobre as políticas do RMS 05: [integrar os programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança](#)

hospitalar, todas estas níveis de cuidados devem desenvolvidas em paralelo. Concentrarmo-nos numa destas questões à custa das outras já não é aceitável. Isto muitas vezes significa construir – e financiar – distrito por distrito, sistemas de saúde distritais integrados.

[Conciliar os programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança com o desenvolvimento do sistema de saúde](#) ► O mundo dos programas de saúde materna, do recém-nascido e da criança está muitas vezes afastado do dos sistemas de saúde. Os governos têm que estabelecer ligações concretas e funcionais entre os programas e os principais processos de desenvolvimento do sistema de saúde. Para o fazer, o planeamento dos esforços para obter avanços na saúde materna, do recém-nascido e da criança, têm que ser integrados de modo compreensivo nos planos de investimento e nos orçamentos do sector da saúde. Primeiro, para assegurar que os cuidados de saúde materna, do recém-nascido e da criança e os seus requisitos específicos se mantêm no centro da agenda do sistema de saúde. Segundo, para assegurar que os cuidados de saúde materna, do recém-nascido e da criança não estão limitados ao aumento da prestação de serviços mas que, as barreiras ao acesso, financeiras e outras, são eliminadas e que as mães e crianças são protegidas de gastos catastróficos. Terceiro, garantir que são desenvolvidas sinergias no âmbito de uma agenda mais lata de luta contra a discriminação pelo género, pobreza e exclusão.

[Tomar medidas legais e de regulamentação para proteger os direitos das mulheres e das crianças](#) ► Os Tratados de Direitos Humanos estabelecem obrigações legais para os países no sentido de serem tomadas medidas que assegurem que os Direitos das Crianças e das Mulheres são protegidos. Para os governos isto significa não só garantir direitos aos cuidados mas também criar e implementar leis e políticas para, por exemplo, estabelecer uma idade mínima de casamento, criminalizar a violência contra as mulheres, proibir a mutilação genital feminina ou obrigar ao registo dos nascimentos. Também significa proteger as mulheres grávidas no local de trabalho e desenvolver sistemas de protecção às mulheres, os seus bebés e crianças contra o excesso de medicação e a exploração financeira por prestadores sem escrúpulos.

Para obter mais informação sobre o Relatório Mundial da Saúde visite o website da OMS em: <http://www.who.int/whr/en/>

Contactos:

Joy Phumaphi, ADG FCH (phumaphij@who.int)

Tim Evans, ADG EIP (evanst@who.int)

Wim Van Lerberghe, Editor-in-Chief WHR05 (vanlerberghe@who.int)

Fotografias na capa: esquerda, H. Faird/OMS - direita, OMS/Foto