

Relatório Mundial da Saúde 2005  
**para que todas as mães  
e crianças contem**



Organização Mundial da Saúde

Catálogo pela Biblioteca da OMS

Organização Mundial da Saúde.

Relatório mundial da saúde : 2005 : para que todas as mães e crianças contem.

1.Saúde mundial – tendências 2.Bem-estar materno 3.Bem-estar da criança 4.Serviços de saúde materna – organização e administração 5.Serviços de saúde infantil – organização e administração 6.Organização Mundial da Saúde  
I.Título II.Título: Para que todas as mães e crianças contem.

ISBN 92 4 856290 6

(Classificação NLM: WA 540.1)

### © Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser pedidas a: Publicações da OMS, Organização Mundial da Saúde, Avenida Appia 20, 1211 Genebra 27, Suíça (Tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorder@who.int). Os pedidos de autorização para reprodução ou tradução das publicações da OMS – para venda ou para distribuição não comercial – devem ser endereçados a Publicações da OMS, mesmo endereço (fax: +41 22 791 4806; e-mail: permissions@who.int).

As designações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhuma opinião sobre o estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou zona, ou respectivas autoridades, nem tão pouco sobre questões de demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode ainda não existir acordo completo.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Com exceção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata de um produto de marca registada.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Qualquer pedido de informação relativo a esta publicação pode ser dirigido a:

World Health Report (Relatório Mundial da Saúde)  
World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)  
1211 Genebra 27, Suíça  
E-mail: whr@who.int

Podem ser encomendados exemplares desta publicação através de: bookorders@who.int

Este relatório foi elaborado sob a total direcção de Joy Phumaphi (Subdirector-Geral, “Family and Child Health”), Tim Evans (Subdirector-Geral, “Evidence and Information for Policy”) e Wim Van Lerberghe (Editor Chefe). Os principais autores foram Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoo Matthews e Cathy Wolfheim. Thomson Prentice foi o Coordenador de Edição.

Foram recebidos valiosos *inputs* (contributos, informações de base, trabalho de análise, revisão, sugestões e críticas) de: Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fiifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov Eric Buch, Flavia Bustreo Meena Cabral de Mello, Virgínia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dai Poz, Catherine d’Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Syvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezolu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Júlia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, José Martinez, Elizabeth Mason, Matthews Mathal, Dileep Mavalankar, Gillian Meyers, Juliet McEachren, Abdeihai Mechbal, Mario Merialdi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peenam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjörnsdóttir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoop-Bender, Ann Tinker, Vim Van Damme, Jos Vandelaer Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Von Schimming, Erva Wallstam, Steve Viersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey e Jelka Zupan.

Os colaboradores relativamente aos quadros de estatística foram: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinal, Simon Couzens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levkovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, José Martinez, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan, e muito outro *staff* do “WHO country offices, governmental departments and agencies, and international institutions”.

Foram fornecidos valiosos comentários e orientações por Denis Aitken e Michel Jancioes. Contou-se também com o prestimoso apoio e aconselhamento dos Directores Regionais e dos membros do respectivo *staff*.

Este relatório foi editado por Leo Vita-Finzi, com a colaboração de Barbara Campanini. O apoio editorial, administrativo e de produção foi dado por Shelagh Probst e Gary Walker, que também coordenaram as fotografias. A versão *Web site* e outros meios electrónicos foram fornecidos por Gael Kernen. A revisão das provas foi executada por Marie Fitzsimmons. O índice foi elaborado por Kathleen Lyle.

A tradução do relatório para português foi possível graças à colaboração da Direcção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde de Portugal.

As fotografias da capa (no sentido dos ponteiros do relógio, em cima, à esquerda): L Gubb/WHO; Pepito Frias/WHO; Armando Waak/WHO/PAHO; Carlos Gaggero/WHO/PAHO; Liba Taylor/WHO; Pierre Viot/WHO. As fotografias da contracapa (da esquerda para a direita): Pierre Viot/WHO; J. Gorstein/WHO; G. Diez/WHO; Pierre Viot/WHO. Este relatório contém várias fotografias do “River of Life 2004” – um concurso de fotografias da OMS sobre saúde sexual e reprodutiva.

Desenho: Reda Sadki  
Layout: rsdesigns.com sàrl  
Figuras: Christophe Grangier  
Retoque das fotografias: Reda Sadki e Denis Meissner  
Impresso em Portugal

# Índice

<b>Mensagem do Director-Geral</b>	xi
<b>Panorama geral</b>	xiii
Progresso desigual e diferenças cada vez maiores – o que falhou?	xiv
Fazer as opções técnicas e estratégicas adequadas	xv
Rumo à cobertura universal: acesso para todos, com protecção financeira	xvii
Sinopses dos capítulos	xx
<b>Capítulo 1</b>	
<b>As mães e as crianças são importantes – tal como a sua saúde</b>	1
Os primeiros anos da saúde materna e infantil	2
O momento presente: um imperativo moral e político	4
A mãe, a criança e os objectivos de desenvolvimento do milénio	8
Ganhos desiguais em saúde infantil	9
As mortes de recém-nascidos que passaram despercebidas	10
Poucos sinais de desenvolvimento na saúde materna	12
Um mosaico de evolução, estagnação e regressão	13
Os números permanecem elevados	17
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Obstáculos ao progresso: contexto ou políticas?</b>	23
O contexto é importante	24
A pobreza enfraquece o progresso	24
Os efeitos directos e indirectos do VIH/SIDA	26
Conflitos e emergências enfraquecem os sistemas de saúde	27
As múltiplas faces da exclusão dos cuidados	28
Motivos de exclusão	28
Padrões de exclusão	32
Padrões de exclusão diferentes, desafios diferentes	34
Serão as divisões distritais a estratégia adequada para se chegar à acessibilidade universal?	35
Uma estratégia sem recursos	35
Será que os distritos de saúde fracassaram?	38
<b>Capítulo 3</b>	
<b>Grande esperança: tornar a gravidez mais segura</b>	43
Concretizar o potencial dos cuidados pré-natais	44
Ir ao encontro das expectativas associadas à gravidez	44
Gravidez – um período com os seus perigos	46
Agarrar as oportunidades	48
Direcções fundamentais para o futuro	50

Nem todas as gravidezes são desejadas	51
Planear a gravidez antes de ela acontecer	51
Aborto inseguro: um problema de saúde pública major	53
Lidar com as complicações do aborto	55
Dar valor à gravidez: uma questão de protecção legal	56
<b>Capítulo 4</b>	
<b>Dar assistência a 136 milhões de nascimentos por ano</b>	63
Arriscar a morte para dar vida	63
Cuidados profissionais qualificados: durante e após nascimento	68
Sucessos e retrocessos: uma questão de construção de sistemas de saúde	69
Cuidados de saúde qualificados: repensar a divisão do trabalho	72
Cuidados mais próximos das mulheres – e seguros	73
Um apoio diferenciado no caso de surgirem complicações	76
Desenvolver serviços simultaneamente	76
Os cuidados pós-parto são igualmente importantes	77
<b>Capítulo 5</b>	
<b>Recém-nascidos: nunca mais deverão passar despercebidos</b>	83
Os maiores riscos de vida surgem no início	83
Progressos e alguns retrocessos	86
Não escapar mais por entre as malhas da rede	89
Cuidados durante a gravidez	90
Cuidados profissionais no nascimento	91
Cuidar do bebé em casa	93
Assegurar a continuidade dos cuidados	94
O planeamento para o acesso universal	95
Pontos de referência para as necessidades do serviço	95
Espaço para optimismo, razões para cautela	97
Colmatar a lacuna nos recursos humanos e nas infra-estruturas	102
Cenários para o alargamento	102
Custos do alargamento	103
<b>Capítulo 6</b>	
<b>Redefinir os cuidados infantis: sobrevivência, crescimento e desenvolvimento</b>	109
Aumentar as hipóteses de sobrevivência	109
As ambições do movimento dos cuidados de saúde primários	109
O sucesso dos programas verticais	109
Tempo de mudar de estratégia	113
Combinar um conjunto maior de intervenções	113
Tratar crianças, não apenas doenças	114
Organizar cuidados infantis integrados	115
Famílias e profissionais de saúde	116
Referenciar as crianças doentes	118
Aproximar mais os cuidados das crianças	120
Desenvolver intervenções de saúde infantil	121
Os custos do aumento de cobertura	123
Das projecções de custos à expansão	126

## Capítulo 7

### Reconciliar a saúde materna, neonatal e infantil com o desenvolvimento do sistema de saúde

	131
Reposicionar a SMNI	131
Apoiantes diferentes, linguagens diferentes	134
Sustentar o ímpeto político	136
Reabilitar a mão-de-obra	140
Mais do que uma questão de números	140
Recuperar de um legado de negligência	141
Desestabilizar com a melhor das intenções	143
Resolver o problema dos salários	143
Apoio financeiro para garantir a acessibilidade universal	145
Substituir as taxas de utilização por pagamento antecipado, fundos de solidariedade e refinanciamento do sistema	146
Tirar partido dos mecanismos transitórios de apoio financeiro	147
Generalizar o apoio financeiro	149
Canalizar os fundos de forma eficaz	149
<b>Anexo estatístico</b>	157
Notas explicativas	157
<b>Quadro anexo 1</b>	
Indicadores básicos para todos os Estados-membros da OMS	184
<b>Quadro anexo 2a</b>	
Taxas de mortalidade de menores de cinco anos: estimativas para 2003, alteração da percentagem da média anual 1990–2003 e disponibilidade de dados 1980–2003	192
<b>Quadro anexo 2b</b>	
Taxas de mortalidade de menores de cinco anos (por 1000) directamente obtidas de estudos e registos vitais, divididas por idade e de acordo com o último período ou ano disponível	196
<b>Quadro anexo 3</b>	
Número anual de mortes de crianças menores de cinco anos, por causa, nas regiões OMS, estimativas para 2000–2003	200
<b>Quadro anexo 4</b>	
Número anual de mortes de recém-nascidos, por causa, nas regiões OMS, estimativas para 2000–2003	200
<b>Quadro anexo 5</b>	
Indicadores seleccionados de contas nacionais de saúde: níveis calculados de despesas em saúde, 1998–2002	202
<b>Quadro anexo 6</b>	
Indicadores seleccionados de contas nacionais de saúde: níveis calculados de despesas em saúde, per capita, 1998–2002	210
<b>Quadro anexo 7</b>	
Indicadores de vacinação seleccionados em todos os Estados-membros da OMS	214
<b>Quadro anexo 8</b>	
Indicadores seleccionados relacionados com a saúde reprodutiva, materna e neonatal	224

## Índice remissivo 233

### Figuras

Figura 1.1	Progresso mais lento na redução da mortalidade infantil: África cada vez mais longe	8
Figura 1.2	Relação da mortalidade neonatal e materna com a ausência de assistência qualificada durante o parto	10
Figura 1.3	Alterações nas taxas de mortalidade de menores de 5 anos, 1990–2003: países que apresentam evolução, estagnação ou inversão	14
Figura 1.4	Padrões de redução das taxas de mortalidade de menores de 5 anos, 1990–2003	14
Figura 1.5	Rácio de mortalidade materna por 100 000 nados-vivos em 2000	15
Figura 1.6	Taxa de mortalidade neonatal por 1000 nados-vidos em 2000	15
Figura 2.1	Inversão temporária da mortalidade materna: Mongólia no início da década de 90	25
Figura 2.2	Estagnação após uma notável evolução: cobertura da vacina DTP3 desde 1980	28
Figura 2.3	Diferentes padrões de exclusão: privação massiva em níveis de cobertura baixos e marginalização dos mais pobres em níveis altos	31
Figura 2.4	Da privação massiva à exclusão marginal: subida na escada da cobertura	32
Figura 2.5	Fosso de sobrevivência entre ricos e pobres: a crescer nuns países, a diminuir noutros	33
Figura 3.1	A cobertura dos cuidados pré-natais está a subir	44
Figura 3.2	Resultados dos casos de gravidez em cada ano	51
Figura 3.3	Limites da legalidade do aborto no mundo	54
Figura 4.1	Causas de morte materna	64
Figura 4.2	Mortalidade materna desde 1960 na Malásia, no Sri Lanka e na Tailândia	68
Figura 4.3	Número de anos para reduzir para metade a mortalidade materna, países seleccionados	70

<b>Figura 5.1</b>	Mortes de menores de cinco anos, 2000	84
<b>Figura 5.2</b>	Número de mortes neonatais, por causas, 2000–2003	84
<b>Figura 5.3</b>	Alterações nas taxas de mortalidade neonatal entre 1995 e 2000	85
<b>Figura 5.4</b>	A mortalidade neonatal nos países africanos mostra estagnação e alguns recuos invulgares	86
<b>Figura 5.5</b>	A mortalidade neonatal é mais baixa quando as mães recebem cuidados profissionais	92
<b>Figura 5.6</b>	A proporção de partos em unidades de saúde e com assistência médica está a aumentar	96
<b>Figura 5.7</b>	A lacuna dos recursos humanos no Benim, Burkina Faso, Mali e Níger, 2001	99
<b>Figura 5.8</b>	Custo da escalada dos cuidados maternos e neonatais, adicional às despesas correntes	100
<b>Figura 6.1</b>	Uma abordagem integrada da saúde infantil	117
<b>Figura 6.2</b>	Proporção de distritos onde, em 2003, se iniciou a formação e o reforço do sistema para a GIDI	120
<b>Figura 6.3</b>	Custo do alargamento das intervenções em saúde infantil, adicional às despesas correntes	122

## Caixas

<b>Caixa 1.1</b>	Marcos no desenvolvimento dos direitos das mulheres e crianças	5
<b>Caixa 1.2</b>	Porquê investir dinheiros públicos na saúde da mãe e da criança?	6
<b>Caixa 1.3</b>	Uma inversão da mortalidade materna no Malawi	11
<b>Caixa 1.4</b>	Contar nascimentos e mortes	12
<b>Caixa 2.1</b>	Crise económica e colapso do sistema de saúde: uma sucessão fatal de acontecimentos	24
<b>Caixa 2.2</b>	Como o VIH/SIDA afecta directamente a saúde da mulher e da criança	25
<b>Caixa 2.3</b>	As divisões distritais de saúde podem fazer progressos, mesmo em circunstâncias adversas	27
<b>Caixa 2.4</b>	Localizar a exclusão dos cuidados obstétricos vitais	29

Caixa 2.5	Construir distritos de saúde funcionais: os resultados sustentáveis requerem um compromisso a longo prazo	36
Caixa 3.1	Reduzir o fardo da malária nas mulheres grávidas e nos filhos	46
Caixa 3.2	Anemia – a doença que mata silenciosamente	47
Caixa 3.3	Violência contra as mulheres	49
Caixa 4.1	Fístula obstétrica: sobreviver com dignidade	66
Caixa 4.2	A depressão materna afecta a mãe e a criança	67
Caixa 4.3	Rastreio pré-natal de grávidas de alto risco: uma desilusão	71
Caixa 4.4	A formação de parteiras tradicionais: outra desilusão	72
Caixa 4.5	Preparar os profissionais para uma prática eficaz e segura	74
Caixa 5.1	Explicar as variações na mortalidade materna, neonatal e infantil: cuidados ou contexto?	87
Caixa 5.2	Seleccção de sexos	89
Caixa 5.3	Sobremedicação	98
Caixa 5.4	Detalhe dos custos previstos para aumentar a cobertura dos cuidados maternos e neonatais	101
Caixa 6.1	De que morrem as crianças actualmente?	112
Caixa 6.2	Como as famílias podem fazer a diferença	116
Caixa 6.3	Detalhe dos custos previstos para a expansão	124
Caixa 7.1	Fundos internacionais para a saúde materna, neonatal e infantil	132
Caixa 7.2	Pressão crescente: as parcerias para a saúde materna, neonatal e infantil	133
Caixa 7.3	SMNI, pobreza e a necessidade de informação estratégica	134
Caixa 7.4	Abordagens sectoriais	135
Caixa 7.5	Reconstruir sistemas de saúde em situações de pós-crise	139
Caixa 7.6	O envolvimento da sociedade civil exige apoio	148

## Quadros

### Quadro 1.1

Mortalidade neonatal e materna em países onde o declínio da mortalidade infantil estagnou ou regrediu 16

### Quadro 2.1

Factores que dificultam o progresso 24

### Quadro 4.1

Incidência de complicações major no parto, a nível mundial 65

### Quadro 4.2

Características-chave para os cuidados maternos e neonatais de primeiro nível e diferenciados 73

### Quadro 5.1

Preencher as lacunas para aumentar os cuidados maternos e neonatais de primeiro nível e diferenciados em 75 países (dos actuais 43% para 73% de cobertura em 2015 e para a cobertura total em 2030) 100

### Quadro 6.1

Intervenções fulcrais para melhorar a sobrevivência infantil 123



# mensagem do director-geral

A maternidade e a paternidade trazem consigo o grande desejo de vermos as nossas crianças crescerem felizes e de boa saúde. Esta é uma das poucas constantes da vida em todas as partes do mundo. Contudo, mesmo no século XXI, ainda permitimos que mais de 10 milhões de crianças e meio milhão de mães morram todos os anos, apesar de muitas destas mortes poderem ser evitadas. Setenta milhões de mães e os seus bebés recém-nascidos, assim como um sem-número de crianças, são impedidos de aceder aos cuidados de saúde a que têm direito. Ainda maior é o número daqueles que continuam desprotegidos contra a pobreza causada pela falta de saúde.

Os líderes são unânimes na opinião de que esta situação não pode continuar, mas em muitos países o progresso é demasiado lento, noutros não há qualquer progresso e noutros ainda a situação tem piorado. As mães, os recém-nascidos e as crianças representam o bem-estar de uma sociedade e o seu potencial para o futuro. As suas necessidades de saúde não podem continuar sem resposta, sob pena de se prejudicar toda a sociedade.

As próprias famílias e comunidades podem fazer muito para alterar esta situação. Podem, por exemplo, melhorar a condição das mulheres na sociedade, a maternidade e a paternidade, a prevenção das doenças, a prestação de cuidados de saúde e a utilização dos serviços. Mas esta área da saúde é também uma responsabilidade pública.

Os programas de saúde pública devem ser desenvolvidos em conjunto, de forma a que as famílias tenham acesso a cuidados continuados desde a gravidez (e até antes), passando pelo nascimento e continuando pela infância, em vez dos cuidados fragmentados que são, muitas vezes, disponibilizados actualmente. Não faz sentido prestar cuidados à criança ao mesmo tempo que se ignora a saúde da mãe ou oferecer assistência à mãe durante o parto sem prestar cuidados ao recém-nascido.

Para assegurar que todas as famílias tenham acesso a cuidados de saúde, os governos devem acelerar o processo de criação de sistemas de saúde coerentes, integrados e eficazes. Isto significa ter de resolver a crise de recursos humanos da saúde, que por sua vez implica um grau mais elevado de financiamento e a sua melhor gestão no que respeita a estes aspectos da saúde. O objectivo deve ser a obtenção de sistemas de saúde que possam responder às necessidades, eliminar os entraves financeiros à prestação de cuidados e proteger as pessoas da pobreza, que é ao mesmo tempo uma causa e uma consequência do défice de saúde.

O mundo deve apoiar os países que lutam pelo acesso universal aos cuidados de saúde e pela protecção financeira de todas as mães e crianças. Só assim poderemos ter a certeza de que todas as mães, todos os bebés recém-nascidos e todas as crianças têm efectivamente acesso aos cuidados de que precisam e de que ninguém é arrastado para a pobreza por causa dos seus custos. Deste modo, poderemos não só caminhar para os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, como ainda ultrapassá-los.



LEE Jong-wook  
Director-Geral  
Organização Mundial da Saúde  
Genebra, Abril de 2005



L. Taylor/WHO

# panorama geral

O *Relatório Mundial da Saúde* deste ano surge num momento em que resta apenas uma década para se cumprirem os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), que contemplam metas de desenvolvimento para a população mundial, definidas a nível internacional, a atingir até 2015. Estes objectivos sublinham a importância de melhorar a saúde, em particular a saúde das mães e das crianças, como um aspecto integrante da diminuição da pobreza.

A saúde das mães e das crianças já era uma prioridade muito antes de 1990 – tem sido desenvolvida ao longo de um século de programas, actividades e experiência. Aquilo que é novo na última década, contudo, é o foco global dos ODM e a sua insistência em acompanhar o progresso em todas as partes do mundo. Para além disso, a natureza do estatuto prioritário da saúde materna e infantil (SMI) tem variado ao longo do tempo. Enquanto as mães e crianças eram antes encaradas como alvos de programas bem-intencionados, são agora elas que reclamam o acesso a cuidados de qualidade enquanto direito garantido pelo Estado. Com esta atitude, fizeram com que a saúde materna e infantil passasse de uma preocupação técnica a um imperativo moral e político.

Este relatório identifica a exclusão como aspecto chave da iniquidade, bem como o principal entrave ao progresso. Em muitos países, o acesso universal aos cuidados de saúde, a que todas as mulheres e crianças têm direito, está ainda longe da realização. Partindo da análise do irregular progresso que tem sido feito até hoje, o relatório explica as estratégias necessárias para acelerar os melhoramentos possíveis. É preciso centrar a atenção nas estratégias técnicas desenvolvidas no âmbito dos programas de saúde materno-infantil e também dar maior ênfase à importância, muitas vezes descuidada, dos problemas de saúde dos recém-nascidos. Neste sentido, o relatório defende o reposicionamento da SMI como SMNI (saúde materna, neonatal e infantil).

As estratégias técnicas adequadas para melhorar a SMNI só podem ser postas em prática eficazmente se forem implementadas, através dos programas e dos prestadores de cuidados, durante a gravidez até à infância, passando pelo parto. Não faz sentido prestar cuidados à criança sem zelar pela saúde da mãe, ou cuidar da mãe durante o parto e não dar qualquer atenção à saúde do bebé. A possibilidade de oferecer às famílias o acesso universal a esses cuidados continuados passa pelo desenvolvimento integrado dos programas, mas em última instância depende da ampliação e consolidação dos sistemas de saúde. Ao mesmo tempo, a colocação da SMNI no centro da acção pelo acesso universal representa uma plataforma para a criação de sistemas de saúde

sustentáveis, no sentido de substituir as fracas ou frágeis estruturas de hoje. Mesmo nas zonas onde os ODM não serão completamente atingidos em 2015, o movimento em direcção ao acesso universal representa a possibilidade de transformar a vida de milhões nas décadas futuras.

## PROGRESSO DESIGUAL E DIFERENÇAS CADA VEZ MAIORES – O QUE FALHOU?

Todos os anos, 3,3 milhões de bebés – ou talvez mais – são nados-mortos, mais de 4 milhões morrem nos primeiros 28 dias de vida, e outros 6,6 milhões de crianças morrem antes de completar o seu quinto ano de vida. O número de mortes maternas também não tem diminuído – o total anual é agora de 529 000 mortes, muitas vezes repentinas ou imprevistas, que ocorrem durante a própria gravidez (cerca de 68 000 como consequência de abortos realizados sem condições de segurança), durante o parto ou depois de o bebé ter nascido – deixando famílias devastadas, muitas vezes conduzidas à pobreza, devido ao custo dos cuidados de saúde, que chegaram tarde demais ou foram ineficazes.

Como é possível que esta situação continue a verificar-se, quando as causas destas mortes são em grande parte evitáveis? E por que razão é necessário que este relatório sublinhe a importância de dar primordial atenção à saúde materna, neonatal e infantil, após décadas de estatuto prioritário, e mais de 10 anos depois de a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas ter colocado inequivocamente na agenda o acesso aos cuidados de saúde reprodutiva para todos?

Embora um número cada vez maior de países tenha conseguido melhorar a saúde e o bem-estar das mães, bebés e crianças nos últimos anos, os países que tinham à partida os mais altos fardos de mortalidade e maior défice de saúde foram os que fizeram menos progressos nos anos 90. Em alguns países, a situação até piorou e houve preocupantes recuos na mortalidade materna, neonatal e infantil. O progresso avança agora mais lentamente e é cada vez mais desigual, causando grandes disparidades entre países, assim como entre pessoas ricas e pobres num mesmo país. A menos que sejam realizados grandes esforços, há pouca esperança de eliminar a mortalidade materna e infantil evitável em todos os países.

Os países onde os indicadores relativos às mães, recém-nascidos e crianças estagnaram ou recuaram têm muitas vezes sido incapazes de investir o suficiente nos sistemas de saúde. Os serviços regionais e locais de saúde têm tido dificuldade em organizar eficazmente o acesso aos cuidados por parte das mulheres e crianças. As crises humanitárias, a instalação da pobreza e a epidemia do VIH/SIDA aliaram-se aos efeitos das quebras económicas e da crise de recursos humanos na saúde. Com a generalizada exclusão dos cuidados de saúde e as desigualdades crescentes, o progresso exige sistemas de saúde fortemente consolidados.

No entanto, as escolhas de carácter técnico continuam a ser importantes, uma vez que os programas implementados no passado nem sempre contemplaram as melhores opções no sentido de tornar os cuidados de saúde de qualidade acessíveis a todos. Demasiadas vezes, permitiu-se que os programas se fragmentassem, prejudicando-se assim a continuidade dos cuidados ou falhou-se em dar a devida atenção aos serviços profissionalizantes. A experiência técnica e os sucessos e fracassos do passado recente mostram-nos como devemos seguir em frente.

## FAZER AS OPÇÕES TÉCNICAS E ESTRATÉGICAS ADEQUADAS

Não há dúvida de que existe conhecimento técnico para responder a muitos, senão à maioria, dos problemas e episódios críticos que afectam a saúde e a sobrevivência das mães, dos recém-nascidos e das crianças. As estratégias através das quais as famílias e os sistemas de saúde em conjunto podem garantir que estas soluções técnicas são postas em prática para todos, no local certo e no momento oportuno, também se têm tornado cada vez mais claras.

Os cuidados pré-natais representam uma importante história de sucesso: a procura aumentou e continua a crescer na maior parte do mundo. Todavia, poder-se-á fazer muito mais com o considerável potencial de cuidados pré-natais, dando maior ênfase às intervenções eficazes e usando-as como plataforma para outros programas de saúde, tais como a prevenção e o tratamento do VIH/SIDA e de outras doenças sexualmente transmitidas, as iniciativas contra a tuberculose e a malária e o planeamento familiar. Os profissionais de saúde podem também otimizar o uso dos cuidados pré-natais, ajudando as mães a prepararem-se para o parto e a maternidade, ou dando-lhes assistência quando vivem num ambiente que não favorece uma gravidez saudável ou feliz. As mulheres grávidas, em particular as adolescentes, podem ser sujeitas à violência, à discriminação no local de trabalho ou na escola e à marginalização. Tais problemas devem ser resolvidos também – embora não apenas – através do melhoramento dos próprios ambientes sociais, políticos e legais. Uma prova disso é a forma como as sociedades encaram o problema dos muitos milhões de gravidezes não planeadas e indesejadas. Continua por satisfazer uma grande necessidade de contraceção, assim como de mais e melhor informação e instrução. Existe ainda a necessidade de facilitar o acesso a cuidados pós-aborto, com boa capacidade de resposta e alta qualidade, assim como a serviços seguros de interrupção da gravidez, até ao limite máximo previsto pela lei.

Dar assistência à totalidade dos 136 milhões de nascimentos anuais é um dos maiores desafios com que se deparam hoje os sistemas de saúde do mundo. Este desafio irá aumentar num futuro próximo, quando uma enorme vaga de jovens chegar à idade de reprodução, sobretudo nas zonas do mundo em que dar à luz constitui um risco maior. As mulheres arriscam a vida para gerar novas vidas, mas através dos cuidados de profissionais, prestados em tempo oportuno, durante e depois do parto, praticamente todos os desfechos fatais e sequelas incapacitantes – por exemplo, o trágico problema das fístulas obstétricas – poderão ser evitados e muito do sofrimento será mitigado. O nascimento de uma criança é um acontecimento chave na vida das famílias e na construção das comunidades; é assim que deve continuar, mas tem de ser seguro, acima de tudo. Para que a segurança seja garantida, qualquer mulher, sem excepção, deve recorrer aos cuidados profissionais de saúde quando dá à luz, que devem ser prestados num ambiente adequado, perto do local onde vive e de acordo com a sua cultura de origem. Esses cuidados serão mais adequadamente prestados por uma parteira credenciada ou por um profissional de saúde com conhecimentos de obstetrícia em infra-estruturas descentralizadas de cuidados primários. Isto pode evitar, conter ou resolver muitos dos problemas que constituem uma ameaça à vida e que podem surgir durante o parto, reduzindo a mortalidade materna até níveis surpreendentemente baixos. No entanto, os profissionais de obstetrícia qualificados precisam do apoio de um hospital para os casos de mulheres com complicações que ultrapassam a competência ou o equipamento disponível no contexto dos cuidados primários. Todas as mulheres precisam de cuidados primários de saúde materna e o

apoio extra só é necessário para uma minoria, mas, para serem eficazes, ambos os níveis devem trabalhar em conjunto e existir no mesmo lugar e em simultâneo.

A necessidade de cuidados não se extingue logo após o nascimento. As horas, dias, e semanas que se sucedem ao parto podem ser perigosas para as mulheres, como para os seus recém-nascidos. A ênfase que foi dada – e bem recebida – nos últimos anos ao melhoramento da assistência qualificada ao parto não deve fazer-nos descuidar este período crítico, durante o qual ocorre metade do número de mortes maternas, bem como uma quantidade considerável de enfermidades. Existe uma necessidade urgente de desenvolver formas eficazes de organizar a continuidade dos cuidados durante as primeiras semanas após o nascimento, um período em relação ao qual as responsabilidades dos serviços de saúde são muitas vezes mal definidas ou ambíguas.

A lacuna que existe na prestação de cuidados às mulheres no período pós-parto observa-se também a nível pós-natal. Apesar de o quadro de necessidades não satisfeitas dos recém-nascidos ainda estar bastante incompleto, é notório que os problemas de saúde dos recém-nascidos têm sido indevidamente negligenciados ou subestimados. Os bebés recém-nascidos parecem ter escapado por entre as fendas dos programas de maternidade segura, por um lado, e das iniciativas para a sobrevivência infantil, por outro. A mortalidade neonatal representa uma parte considerável da mortalidade de crianças menores de cinco anos. Tornou-se evidente que os ODM relativos à mortalidade infantil não serão atingidos, se não houver progressos substanciais quanto aos recém-nascidos. Embora tenha havido pequenos declínios na mortalidade neonatal a nível global (por exemplo, a vacinação está prestes a eliminar o tétano como causa de mortalidade neonatal), alguns países da África Subsariana testemunharam recuos que são invulgares e ao mesmo tempo preocupantes.

O progresso, no que respeita à saúde dos recém-nascidos, não implica adquirir tecnologia cara. Implica, sim, que os sistemas de saúde possam dar continuidade aos cuidados, que devem começar no início da gravidez (e mesmo antes) e prolongar-se, através da assistência profissional qualificada, até ao nascimento e depois pelo período pós-natal. E mais importante ainda é a necessidade de assegurar que a delicada, e muitas vezes subestimada, transferência dos serviços maternos para os serviços infantis aconteça realmente. Os recém-nascidos que são amamentados, amados e acalentados estarão bem, na maior parte dos casos, mas mesmo assim os problemas podem surgir, e por vezes surgem de facto. É essencial que as famílias – as mães e os pais em particular – disponham de condições e capacidade para poderem prestar bons cuidados aos filhos, para saberem reconhecer os problemas precocemente, e para conseguirem obter ajuda profissional no preciso momento em que as dificuldades surgem.

Os grandes riscos da vida começam logo que se nasce, mas não desaparecem quando os recém-nascidos se transformam em bebés maiores e depois em jovens crianças. Os programas criados para combater as doenças passíveis de prevenir pela vacinação, a malnutrição, a diarreia e as infecções respiratórias ainda têm uma vasta agenda para o futuro. A imunização, por exemplo, tem progredido satisfatoriamente nalgumas regiões, mas noutras estagnou a níveis entre os 50% e os 70%, precisando de ser impulsionada de novo. No entanto, estes programas têm de tal forma conseguido progredir, apesar do fardo do défice de saúde, que em muitos países o seu perfil foi alterado. Existe agora a necessidade de abordagens mais integradas: primeiro, para lidar eficazmente com o espectro inconstante dos problemas que exigem mais atenção; depois, para alargar o foco dos cuidados de sobrevivência, crescimento e desenvolvimento da criança. É isto que urge fazer, do ponto de vista da saúde pública; é também isto que as famílias esperam.

A Gestão Integrada da Doença Infantil (GIDI) consiste na conjugação de um conjunto de intervenções eficazes para prevenir a morte e possibilitar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis. Mais do que acrescentar novos subconjuntos a um único canal de prestação de cuidados, a GIDI veio alterar a forma como os sistemas de saúde concebem os cuidados infantis, indo além do mero tratamento da doença. A GIDI tem três componentes: melhorar a qualificação dos profissionais de saúde no âmbito do tratamento das doenças e do aconselhamento às famílias, consolidar o apoio ao sistema de saúde e colaborar com as famílias e as comunidades no sentido de estas proporcionarem às crianças um crescimento saudável e de aprenderem a lidar com a enfermidade, quando ela surge. A GIDI ultrapassou, portanto, a tradicional ideia de que o pessoal dos centros de saúde só tem a oferecer um conjunto de intervenções técnicas à sua população alvo, trazendo os cuidados de saúde mais perto das famílias, ao mesmo tempo que melhora as ligações de referência e os cuidados hospitalares. O desafio actual consiste em tornar a GIDI acessível a todas as famílias com crianças e criar condições para a utilização desse tipo de cuidados sempre que necessário.

## RUMO À COBERTURA UNIVERSAL: ACESSO PARA TODOS, COM PROTECÇÃO FINANCEIRA

Existe um forte consenso quanto à ideia de que, mesmo que se façam as escolhas técnicas certas, os programas de saúde materna e infantil apenas serão eficazes se, em conjunto, e com o apoio das famílias e das comunidades, estabelecerem uma rede continuada de cuidados, desde a gravidez até à infância, passando pelo nascimento. Esta continuidade exige que os sistemas de saúde se consolidem fortemente, colocando os cuidados de saúde neonatal e infantil no centro das suas estratégias de desenvolvimento. Obriga a uma maior articulação de programas e participantes com históricos, interesses e públicos diferentes. O projecto comum, que tem o poder de aproximar as diferentes agendas, é o acesso universal aos cuidados de saúde. Não se trata apenas de adequar criteriosamente a linguagem à causa defendida. Trata-se também de enquadrar a saúde das mães, bebés e crianças num projecto político claro e alargado, que responda à exigência, por parte da sociedade, de zelar pela saúde dos seus cidadãos e garantir o acesso aos cuidados – uma exigência cuja legitimidade é cada vez mais reconhecida. A dimensão do desafio de melhorar os serviços com vista ao acesso universal não deve, no entanto, ser subestimada.

Chegar a todas as crianças com um pacote de intervenções essenciais de saúde infantil, de modo a cumprir ou até ultrapassar os ODM, é tecnicamente exequível dentro da próxima década. Em 75 países que apresentam a maior parte da taxa de mortalidade infantil, isto irá implicar um custo de US\$ 52.4 biliões de dólares, para além das despesas normais, das quais US\$ 25 biliões de dólares representam custos adicionais com recursos humanos. Estes US\$ 52.4 biliões de dólares correspondem a um aumento de 6%, a partir de agora, da actual despesa pública média em saúde nestes países, que subirá até aos 18% em 2015. Nos 21 países que enfrentam maiores dificuldades e que precisarão de um longo período de avanço, a actual despesa pública em saúde teria de aumentar até aos 27%, a partir de 2006, e chegar até cerca de 76% em 2015.

No que respeita aos cuidados maternos e neonatais, o acesso universal está mais longe. É possível conceber vários cenários para o melhoramento dos serviços, tendo em conta as circunstâncias específicas de cada um dos mesmos 75 países. Actualmente, cerca de 43% das mães e dos recém-nascidos recebem alguns cuidados, mas nada que se compare com aquilo de que necessitam só para evitar as mortes

maternas. Completar o cenário otimista – embora também realista – para cada um dos 75 países implica garantir o acesso a um pacote completo de cuidados de saúde primários e secundários a 101 milhões de mães (cerca de 73% nos nascimentos esperados) em 2015, assim como aos seus bebês. Se estes cenários se concretizarem, os ODM para a saúde materna não serão atingidos em todos os países, mas a redução da mortalidade materna e perinatal a nível global estará a evoluir. O custo da implementação destes cenários em 75 países estará na ordem dos US\$ 39 bilhões de dólares, para além das despesas correntes. Isto corresponde a um aumento de 3% em 2006, que chegará aos 14%, ao longo dos anos, da média da despesa pública em saúde nesses países. Nos 20 países que apresentam hoje as coberturas mais baixas e que enfrentam os obstáculos maiores, a actual despesa pública em saúde teria de aumentar em 7% em 2006 e subir até aos 43% em 2015.

Colocar no terreno os profissionais de saúde necessários para melhorar os serviços de saúde maternos, neonatais e infantis, no sentido de se caminhar para o acesso universal, será a primeira e a mais premente tarefa. Em muitos países, compensar a escassez dos profissionais de saúde e os desequilíbrios na sua distribuição permanecerá um enorme desafio nos próximos anos. O trabalho extra exigido para aumentar a prestação de cuidados de saúde infantis implica o equivalente a 100 000 profissionais multifacetados, a trabalhar a tempo inteiro e apoiados, dependendo dos cenários que forem orçamentados, por 4,6 milhões de trabalhadores de saúde da comunidade. As exigências previstas em termos de pessoal de saúde para aumentar a cobertura dos cuidados maternos e neonatais requerem a formação, nos próximos 10 anos, de pelo menos mais 334 000 parteiras – ou equivalentes –, assim como a actualização da formação de 140 000 profissionais de saúde que actualmente prestam cuidados de saúde primários e de 27 000 médicos que actualmente não estão aptos a providenciar cuidados suplementares.

Sem planeamento e sem aumento da capacidade dos serviços de saúde, a nível nacional, regional e local, não será possível corrigir as lacunas e melhorar o leque das competências e o ambiente de trabalho. Contudo, o planeamento não é suficiente para remediar todo um historial de perturbações que afectaram o desenvolvimento da mão-de-obra da saúde. Após anos de negligência, há problemas que exigem atenção imediata: antes de mais, a questão recorrente da remuneração dos profissionais de saúde.

Em muitos países, os índices salariais são considerados naturalmente injustos e insuficientes para cobrir os custos de vida diários e, mais ainda, para satisfazer as expectativas dos profissionais de saúde. Esta situação é uma das principais causas da desmotivação, da falta de produtividade e das várias formas de migração de mão-de-obra altamente qualificada: dos meios rurais para os urbanos, do sector público para o privado e dos países mais pobres para os mais ricos. Para além disso, também compromete seriamente o funcionamento adequado dos serviços, já que os profissionais de saúde enveredam pela dupla actividade, de modo a melhorar o nível de vida ou simplesmente a fazer face às despesas, o que conduz à luta pela disponibilidade de tempo, à perda de recursos no sector público e aos conflitos de interesse na assistência aos clientes. As consequências são ainda mais graves quando os profissionais de saúde adoptam um comportamento predatório: a exploração financeira pode ter efeitos catastróficos nos doentes que utilizam os serviços e criar barreiras ao acesso por parte de outros doentes; contribui para uma crise de confiança nos serviços, aos quais as mães e as crianças têm direito.

Existe a necessidade urgente de criar e pôr em prática um conjunto de medidas que quebrem o círculo vicioso e que voltem a colocar a produtividade e a dedicação ao

nível das expectativas da população e da maior parte dos profissionais de saúde. Entre estas medidas, uma das mais difíceis de implementar é reabilitar a remuneração dos trabalhadores do sector. Mesmo que se faça um esforço no sentido de duplicar ou até triplicar a massa salarial e os benefícios dos trabalhadores nos 75 países para os quais estes cenários foram concebidos, isso pode ainda ser insuficiente para cativar, reter e transferir o pessoal qualificado. No entanto, corresponderia a um aumento de 2 %, valor que subiria, em 10 anos, até 17 % da actual despesa pública em saúde, apenas para pagar aos profissionais da SMNI. Tal medida terá implicações políticas e macroeconómicas, sendo algo que não pode ser feito sem um enorme esforço, não só por parte dos governos, mas também dos organismos de solidariedade internacionais. Nas vésperas de uma década que se concentrará nos recursos humanos para a saúde, isto exige que haja um debate fundamental, a nível nacional e internacional, sobre o volume das verbas que podem ser atribuídas e sobre o seu destino. Isso é tanto mais importante quanto a reabilitar a remuneração dos profissionais é apenas uma parte da solução. Estabelecer um ambiente de estabilidade e de esperança também é necessário, para que os profissionais tenham a confiança de que necessitam para trabalhar de forma eficaz e com dedicação.

Ao mesmo tempo, garantir o acesso universal não é apenas uma questão de aumentar a prestação de serviços e remunerar os prestadores de cuidados. Para que os serviços sejam utilizados, os entraves financeiros ao acesso têm de ser eliminados, e os utilizadores devem receber uma protecção financeira previamente calculada para fazer face aos previsíveis encargos inerentes à procura de cuidados de saúde e, em particular, aos pagamentos catastróficos que conduzem famílias inteiras à pobreza. Essas graves situações ocorrem sempre que as taxas de utilização são elevadas, as famílias têm uma capacidade limitada para as pagar e a criação de fundos de solidariedade e o pagamento antecipado não são prática corrente. Para conseguir a protecção financeira que deve acompanhar o acesso universal, os países têm de abandonar a cobrança de taxas aos utentes, sejam estas oficiais ou não, e generalizar os esquemas de pagamento antecipado e de criação de fundos de solidariedade. Independentemente de optarem por basear a protecção financeira em fundos provenientes de impostos, em contribuições para a segurança social ou num esquema misto, dois aspectos são essenciais: primeiro, que em última análise nenhum grupo populacional seja excluído; segundo, que os serviços que prestam cuidados materno-infantis estejam no centro dos direitos de saúde da população e que sejam financiados de forma coerente com o sistema escolhido. Ainda que possam decorrer muitos anos antes que se transite de uma situação de fornecimento limitado de serviços, custos imediatos altos e exclusão dos mais pobres para uma situação de acesso universal e protecção financeira, a extensão das redes de prestação de cuidados de saúde deve evoluir em paralelo com a construção de tais mecanismos de seguros sociais.

O modelo de financiamento é determinante para o planeamento dos cuidados maternos, neonatais e infantis. Em primeiro lugar, é necessário que o financiamento aumente para que se possa pagar o incremento dos serviços, com vista ao acesso universal. Em segundo, os sistemas de protecção financeira têm de ser construídos à medida que o acesso aumenta. Em terceiro, a canalização dos fundos acumulados, tanto a nível interno como a nível internacional, deve garantir a flexibilidade e a previsibilidade que permitem contornar os principais estrangimentos dos sistemas de saúde – em particular os problemas relativos aos trabalhadores da saúde.

Analisar os fundos de solidariedade através dos esquemas de seguros sociais de saúde – sejam estes baseados em impostos, na segurança social ou mistos – repre-

senta a melhor via para ir ao encontro desses três desafios em simultâneo. Exige um grande esforço em termos de construção de capacidades, mas oferece a possibilidade de proteger o financiamento da mão-de-obra da saúde nas políticas de reforma do sector público e do sector da saúde, em particular, e nos fóruns onde as políticas macroeconómicas e de redução da pobreza são decididas. Oferece ainda a possibilidade de contornar o problema da remuneração e das condições de trabalho dos profissionais da saúde, de forma a proporcionar-lhes perspectivas credíveis a longo prazo, que a orçamentação tradicional e as soluções de recurso para o financiamento de projectos não oferecem.

Apesar de o esforço de financiamento se afigurar razoavelmente possível de realizar em alguns países, em muitos ultrapassa aquilo que os governos por si só podem suportar. Tanto os países como a comunidade internacional deverão mostrar que existe um compromisso político sustentável em mobilizar e direccionar os consideráveis recursos que são exigidos, em constituir a capacidade institucional para os gerir e em assegurar que a saúde materna, neonatal e infantil permanece no centro dos objectivos destes esforços. Esta década poderá testemunhar o aceleração da evolução para a cobertura universal, com o acesso e a protecção financeira para todos. Isso garantirá que nenhuma mãe, nenhum recém-nascido e nenhuma criança serão deixados à margem dos cuidados – porque todas as mães e todas as crianças contam.

## SINOPSES DOS CAPÍTULOS

### Capítulo 1. As mães e as crianças são importantes – tal como a sua saúde

Este capítulo recorda como a saúde das mães e das crianças se tornou uma prioridade na saúde ao longo do século XX. Durante séculos, os cuidados prestados às mães e às crianças pequenas eram encarados como um assunto doméstico, pertencente ao foro das mães e das parteiras. No século XX, esta preocupação puramente doméstica transformou-se numa prioridade de saúde pública. Nos primeiros anos do século XXI, os ODM colocam-na no centro da luta contra a pobreza e a desigualdade, como uma questão de direitos humanos. Esta mudança de ênfase tem consequências profundas na forma como o mundo reage ao progresso, que é tão desigual nos diferentes países.

Este capítulo resume a situação actual no que respeita à saúde materna, neonatal e infantil. A maior parte do progresso ocorreu em países que já estavam numa posição relativamente boa no início dos anos 90, enquanto os países que começaram com os índices de mortalidade mais altos são aqueles onde os melhoramentos são mais decepcionantes.

Globalmente, as taxas de mortalidade de crianças menores de cinco anos tiveram uma grande descida durante o final do século XX: de 146 por cada 1000 nados-vivos em 1970 para 79 em 2003. Contudo, perto da viragem do milénio, a tendência geral para a diminuição das taxas começou a esmorecer nalgumas partes do globo. As melhorias continuaram e até aceleraram nas Regiões OMS da América, do Sudeste Asiático e da Europa, enquanto as Regiões Africanas, do Leste Mediterrânico e do Pacífico Oeste experienciaram um abrandamento do progresso. Em 93 países, que perfazem 40% da população mundial, a mortalidade de menores de cinco anos está a diminuir rapidamente. Noutros 51 países, com 48% da população mundial, o progresso está a verificar-se mais lentamente: estes só atingirão os ODM se os melhoramentos

forem acelerados. Ainda mais preocupante é a situação dos 43 países que representam os restantes 12% da população mundial, onde a mortalidade de menores de cinco anos era alta ou muito alta à partida e agora está a estagnar ou até a aumentar.

Só há pouco tempo é possível dispor de dados fiáveis sobre recém-nascidos, e a sua interpretação é difícil. As estimativas mais recentes indicam que a mortalidade neonatal é consideravelmente mais alta do que era suposto, representando 40% da mortalidade de menores de cinco anos; menos de 2% das mortes de recém-nascidos ocorre actualmente em países de elevado rendimento. As diferenças entre os países ricos e pobres parecem estar a aumentar.

Mais de 300 milhões de mulheres no mundo sofrem actualmente de doenças a longo ou a curto prazo provocadas pela gravidez e pelo parto. As 529 000 mortes maternas anuais, incluindo as 68 000 mortes atribuíveis ao aborto inseguro, estão distribuídas de forma ainda mais desigual do que as mortes neonatais e infantis: apenas 1% ocorre nos países mais ricos. Nota-se um progresso, apoiado nos indicadores, que revelam aumento da procura de cuidados durante a gravidez e o parto em todas as regiões, excepto na África Subsariana, durante os anos 90, mas o quadro geral não aponta para uma grande evolução, e a falta de informação credível sobre o destino das mães em muitos países – assim como dos seus recém-nascidos – é aterradora.

## Capítulo 2. Obstáculos ao progresso: contexto ou políticas?

Este capítulo procura explicar por que razões o progresso na saúde materna e infantil parece ter falhado em muitos países. O progresso lento, a estagnação e os recuos estão claramente associados à pobreza, às crises humanitárias e, sobretudo nas regiões da África Subsariana, às consequências directas e indirectas do VIH/SIDA. Estas causas contribuem, pelo menos em parte, para aumentar ou manter a exclusão dos cuidados de saúde. Em muitos países, inúmeras mulheres e crianças são impedidas de aceder aos cuidados de saúde mais básicos: aqueles que são importantes para a mera sobrevivência.

As causas específicas, as manifestações e os padrões da exclusão variam de país para país. Alguns países apresentam um padrão de exclusão marginal: a maioria da população tem acesso às redes de cuidados de saúde, mas há grupos substanciais que permanecem de fora. Noutros países, muitas vezes os mais pobres, existe um padrão de discriminação massiva: apenas uma pequena minoria, normalmente a camada urbana rica, goza de um acesso razoável, enquanto uma esmagadora maioria é excluída. Estes países possuem sistemas de saúde de baixa densidade, fracos e frágeis.

As políticas variam consoante os diferentes padrões de exclusão. Muitos países organizaram os seus sistemas de saúde de acordo com divisões distritais de saúde, suportadas por centros de saúde e por um hospital distrital de referência. Estas estratégias são tantas vezes comprometidas pela falta de recursos que acabam por não corresponder às expectativas. Neste capítulo defende-se que o modelo de divisões distritais de saúde continua a ser uma forma racional de os governos organizarem a prestação de cuidados de saúde descentralizada, mas tendo sempre em conta que são necessários compromissos e investimentos a longo prazo para que se atinjam resultados sustentáveis.

## Capítulo 3. Grande esperança: tornar a gravidez mais segura

Este capítulo revê as três mais importantes formas de melhorar os resultados das gravidezes: proporcionar bons cuidados pré-natais, encontrar maneiras adequadas

de prevenir e tratar situações de gravidez indesejada, assim como melhorar a forma como a sociedade cuida das mulheres grávidas.

Os cuidados pré-natais são uma história de sucesso: a cobertura mundial aumentou 20% durante os anos 90 e continua a aumentar na maior parte do mundo. A preocupação com o resultado da gravidez faz com que as mulheres sejam o maior grupo a procurar activamente os cuidados de saúde. Os cuidados pré-natais oferecem a oportunidade de proporcionar muito mais, para além da assistência relacionada com a gravidez. O seu potencial para promover estilos de vida saudáveis ainda está pouco explorado, tal como o uso deste tipo de cuidados como plataforma para programas contra a malnutrição, o VIH/SIDA e outras doenças sexualmente transmitidas, a malária, a tuberculose, assim como para programas de planeamento familiar. As consultas pré-natais constituem a ocasião ideal para fazer planos sobre o nascimento, de modo a providenciar que o parto ocorra em condições de segurança e a preparar as mães para a maternidade.

Este capítulo aponta direcções essenciais para o futuro, incluindo a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados e aumentar ainda mais a cobertura.

Mesmo em sociedades em que a gravidez é bastante conceituada, a posição das mulheres grávidas nem sempre é invejável. Em muitos lugares, é necessário melhorar os ambientes sociais, políticos e legais, para combater o baixo estatuto das mulheres, a violência baseada nas diferenças de sexo, a discriminação no local de trabalho e na escola ou a marginalização. Eliminar as fontes de exclusão social é tão importante como oferecer cuidados pré-natais.

Estima-se que o número de gravidezes não intencionais, não planeadas ou indesejadas seja de 87 milhões por ano. Continua a ser urgente investir na contracepção, na informação e na educação para prevenir a gravidez indesejada, embora nenhuma política de planeamento familiar consiga prevenir todos os casos. Mais de metade das mulheres em questão, 46 milhões por ano, recorre ao aborto provocado: o facto de 18 milhões o fazerem sem condições de segurança constitui um grave problema de saúde pública. Contudo, é possível evitar todas as 68 000 mortes, bem como as sequelas e o sofrimento que acompanham os abortos inseguros. A questão não reside apenas na forma como um país define o que é legal e o que não é, mas também em como garante às mulheres o acesso, até ao limite máximo permitido pela lei, a cuidados de boa qualidade e com boa capacidade de resposta no que respeita à interrupção da gravidez e ao período pós-aborto.

#### Capítulo 4. Dar assistência a 136 milhões de nascimentos por ano

Este capítulo analisa as principais complicações do parto e as grandes causas de mortalidade materna. As causas directas da mortalidade materna incluem hemorragia, infecção, eclampsia, trabalho de parto interrompido e aborto inseguro. O parto é um momento de alto risco, mas em muitas situações mais de metade das mortes maternas ocorre durante o período pós-parto. Existem intervenções eficazes que permitem evitar a maioria das mortes e das incapacidades a longo prazo atribuíveis ao parto. A história de sucessos na redução da mortalidade materna e neonatal mostra que a assistência por profissionais especializados durante e depois do parto pode fazer a diferença entre a vida e a morte, tanto para as mulheres como para os seus bebés. O inverso também é verdadeiro: uma quebra no acesso aos cuidados profissionais pode facilmente levar a um aumento dos resultados desfavoráveis.

Todas as mães e crianças recém-nascidas, e não apenas as consideradas em risco de ter complicações, precisam de cuidados maternos e neonatais especializados: perto do local onde vivem, próximos da sua cultura, e ao mesmo tempo seguros, com

um profissional qualificado, que possa agir de imediato quanto surgem complicações. Esses cuidados prestados durante o parto podem ser providenciados por uma parteira qualificada ou por um profissional de saúde com qualificação equivalente, num local com recursos adequados. Estes profissionais podem evitar, conter ou resolver muitos dos problemas imprevisíveis, comportando perigo de vida, que podem surgir durante o parto, reduzindo assim a mortalidade materna até índices surpreendentemente baixos. Mas esses profissionais precisam do apoio que só um hospital pode proporcionar, para ajudar as mães com problemas cuja resolução ultrapassa a sua competência ou o equipamento disponível. Todas as mulheres precisam de cuidados maternos primários, e apenas numa minoria de casos é necessário o apoio suplementar, mas, para serem eficazes, ambos devem articular-se e alargar-se em simultâneo. Em muitos países, o recurso aos cuidados pós-parto é ainda mais baixo do que a procura de cuidados para o parto. Trata-se de uma área de importância crucial, com muita margem para melhoramentos.

## Capítulo 5. Recém-nascidos: nunca mais deverão passar despercebidos

Até há bem pouco tempo, eram reduzidos os esforços reais para resolver os problemas de saúde específicos dos recém-nascidos. A falta de continuidade entre os programas de saúde materna e os de saúde infantil levou a que os cuidados prestados aos recém-nascidos fossem menosprezados.

Todos os anos, perto de 3.3 milhões de bebés são nados-mortos e mais de 4 milhões morrem nos 28 dias subsequentes ao nascimento. As mortes de bebés durante este período neonatal são tão numerosas como as que ocorrem nos 11 meses seguintes ou em crianças de 1 a 4 anos. A prestação de cuidados profissionais qualificados durante a gravidez, o parto e o período pós-natal é tão crítica para o recém-nascido como para a sua mãe. O desafio reside em encontrar a melhor forma de estabelecer a continuidade dos cuidados entre a gravidez, o parto e o momento em que a mãe está em casa com o bebé. Apesar de o elo mais fraco na cadeia ser a assistência especializada durante o parto, os cuidados prestados durante as primeiras semanas de vida também são problemáticos, já que as responsabilidades profissionais e programáticas muitas vezes não estão bem definidas.

O capítulo apresenta uma série de pontos de referência para as necessidades em termos de recursos humanos e de redes de serviços, no sentido de proporcionar cuidados materno-infantis primários e suplementares a todos. Em muitos países, existem lacunas graves ao nível das infra-estruturas e dos recursos humanos. Recorrendo a um conjunto de cenários com vista ao melhoramento e ao acesso universal a cuidados de saúde materna e neonatal, primários e suplementares, em 75 países, será realista esperar que a cobertura aumente dos actuais 43% (com um pacote de cuidados limitado) para cerca de 73% (com um pacote de cuidados completo) em 2015. Implementar estes cenários custaria US\$ 1 bilião de dólares em 2006, o que aumentaria, à medida que a cobertura se expandisse, para US\$ 6 biliões de dólares em 2015: um total de US\$ 39 biliões de dólares em dez anos, para além da despesa actual em cuidados maternos e neonatais. Isto, inicialmente, corresponde a uma despesa anual extra de cerca de US\$ 0.22 dólares por habitante, aumentando para US\$ 1.18 dólares em 2015. Uma estimativa preliminar do impacto potencial deste incremento sugere uma redução da mortalidade materna, nesses 75 países, do nível agregado em 2000, de 485 para 242, por cada 100 000 nascimentos, e da mortalidade neonatal de 35 para 29, por cada 1000 nados-vivos, em 2015.

## Capítulo 6. Redefinir os cuidados infantis: sobrevivência, crescimento e desenvolvimento

O aumento do conhecimento levou a que fossem disponíveis intervenções eficazes e tecnicamente adequadas para reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde infantil. É agora necessário implementá-las a uma escala muito superior.

Este capítulo explica como nas décadas de 70 e 80 os programas verticais permitiram, indubitavelmente, resultados rápidos e significativos. O Programa Alargado de Vacinação e as iniciativas para implementar a terapia oral de reidratação, por exemplo, com uma combinação de gestão topo-de-gama e de tecnologias simples, baseadas numa sólida investigação, foram adoptados e promovidos de forma a terem grandes efeitos.

No entanto, apesar dos óptimos resultados, as limitações inerentes às abordagens verticais tornaram-se evidentes. Ao mesmo tempo, ficou claro que seria desejável uma abordagem mais abrangente das necessidades da criança, tanto para melhorar os resultados como para responder às legítimas expectativas das famílias. A resposta foi agrupar um conjunto de intervenções simples, acessíveis e eficazes para a gestão combinada das principais doenças infantis e da malnutrição, sob a designação de Gestão Integrada das Doenças Infantis (GIDI). A GIDI prevê intervenções combinadas para prevenir as mortes, tendo em conta o variável perfil das causas de mortalidade, mas também inclui intervenções e abordagens destinadas a melhorar o crescimento e o desenvolvimento saudáveis das crianças. Mais do que simplesmente adicionar novos programas a um único canal de prestação de cuidados, a GIDI deu um passo adiante, procurando transformar a forma como os sistemas de saúde concebem os cuidados infantis, estendendo uma rede de cuidados continuados à família e à comunidade a partir da unidade de cuidados primários e das unidades de referência, com especial ênfase no aconselhamento e na resolução de problemas.

Muitas crianças ainda não beneficiam de cuidados abrangentes e integrados. À medida que os programas de saúde infantil continuam a orientar-se para a integração, é necessário progredir em direcção à cobertura universal. Incrementar uma série de intervenções essenciais com vista à cobertura total significaria diminuir a incidência das mortes de crianças menores de cinco anos, assim como dos factores determinantes dessas mortes até um nível que permitiria aos países atingirem e até ultrapassarem os ODM. Isto não será possível sem um aumento maciço da despesa na saúde infantil. Implementar cenários para atingir a cobertura total em 75 países custaria US\$ 2.2 biliões de dólares em 2006, valor que aumentaria, à medida do alargamento da cobertura, para US\$ 7.8 biliões de dólares em 2015: um total de US\$ 52.4 biliões de dólares em 10 anos, acrescido das despesas actuais em saúde infantil. Isto corresponde, inicialmente, a um gasto anual extra de cerca de US\$ 0.47 dólares por habitante e, posteriormente, a US\$1.48 dólares em 2015.

## Capítulo 7. Reconciliar a saúde materna, neonatal e infantil com o desenvolvimento do sistema de saúde

Este último capítulo foca o lugar da saúde materna, neonatal e infantil dentro do contexto alargado do desenvolvimento dos sistemas de saúde. Actualmente, as agendas da saúde materno-infantil e de recém-nascidos já não são discutidas em termos puramente técnicos, mas como parte integrante de uma agenda alargada relativa ao acesso universal. Isto enquadra-a num projecto político muito claro: responder à exigência, por parte da sociedade, de protecção da saúde dos cidadãos e de acesso aos cuidados, uma exigência cada vez mais reconhecida como legítima.

O acesso universal implica a existência de uma rede de cuidados de saúde suficientemente densa para conseguir providenciar os serviços. A mudança mais problemática estará em pôr no terreno a mão-de-obra necessária para incrementar a prestação de cuidados. Os aspectos mais visíveis da crise de recursos humanos na saúde, verificada em muitos países, são as desconcertantes faltas de pessoal e os desequilíbrios na sua distribuição. Colmatar estas lacunas permanecerá um enorme desafio nos próximos anos. Parte do problema é que os meios sustentáveis têm de ser concebidos com base na oferta de remuneração competitiva e de pacotes de incentivos que consigam atrair, motivar e reter profissionais de saúde competentes e produtivos. Em muitos países onde os progressos em direcção aos ODM são decepcionantes, é premente a necessidade de aumentar muito substancialmente a remuneração do pessoal da saúde, um desafio de tal ordem que muitos países mais pobres não poderão enfrentá-lo sozinhos.

Todavia, o acesso universal implica mais do que apenas colocar em acção um conjunto de eficientes prestadores de cuidados. Para que os serviços possam ser utilizados, os entraves financeiros ao acesso devem ser reduzidos ou eliminados, e os utilizadores devem poder contar antecipadamente com protecção contra os custos da procura de cuidados. Este capítulo mostra como, de uma maneira geral, a introdução de taxas de utilização não é uma solução viável para a falta de verbas no sector da saúde, institucionalizando, sim, a exclusão dos mais pobres. De facto, não é assim que se acelera o progresso no sentido do acesso universal e da protecção financeira; isso só poderá ser garantido através da generalização do pagamento antecipado e dos esquemas de fundos de solidariedade. Seja qual for o sistema adoptado para organizar estes esquemas, existem dois aspectos fundamentais a ter em conta. Primeiro, nenhum grupo da população deverá ser excluído; segundo, os cuidados de saúde materna, neonatal e infantil deverão estar no centro do conjunto de serviços a que os cidadãos têm direito e que deve ser financiado de acordo com o sistema escolhido.

Com o tempo, a maioria dos países caminha para a cobertura universal, alargando os esquemas de pagamento antecipado e de fundos de solidariedade, em paralelo com a ampliação das suas redes de prestação de cuidados. Isto tem consequências no fornecimento de verbas aos cuidados de saúde materna, neonatal e infantil. Na maior parte dos países, a sustentabilidade financeira da saúde materna, neonatal e infantil será mais facilmente atingida a curto e médio prazo se se considerarem todas as fontes de financiamento: externas e nacionais, públicas e privadas. Canalizar verbas com vista aos esquemas de seguros sociais de saúde generalizados, que não só financiem a expansão das redes de cuidados de saúde mas também proporcionem protecção financeira, oferece mais garantias para a sustentabilidade financeira da saúde materna, neonatal e infantil, bem como dos sistemas de saúde de que ela depende.