



L. Gubb/WHO

recém-nascidos: nunca mais deverão passar despercebidos

Todos os anos, aproximadamente 3.3 milhões de bebês são nados-mortos, e mais de 4 milhões morrem nos 28 dias subsequentes ao nascimento. As mortes de bebês durante este período neonatal são tão numerosas como aquelas que ocorrem nos 11 meses seguintes e consideravelmente mais numerosas do que as que afectam as crianças do grupo 1–4 anos. Até há pouco tempo, eram reduzidos os esforços no sentido de combater os problemas específicos dos recém-nascidos de forma sistemática; os cuidados prestados aos recém-nascidos pareciam escapar-se por entre as malhas da rede, já que o continuum entre os programas maternos e infantis era frequentemente desadequado. Melhorar a saúde dos recém-nascidos, contudo, não significa apenas criar um novo programa: trata-se mais de adaptar os esforços dos programas de saúde materno-infantil, de forma a que os serviços possam ser ampliados, formando uma rede ininterrupta de cuidados continuados. Este capítulo apresenta um conjunto de cenários e de pontos de referência para aumentar o acesso aos cuidados maternos e neonatais, com estimativas dos custos que tais cenários implicariam.

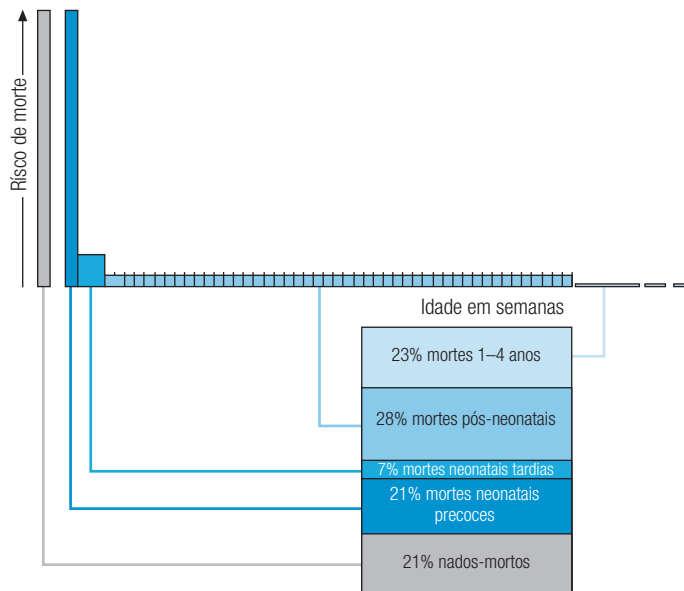
OS MAIORES RISCOS DE VIDA SURGEM NO INÍCIO

Embora um bom início de vida se reporte a um período mais recuado, é imediatamente antes, durante e nas primeiras horas a seguir ao nascimento que a vida comporta maiores riscos. Os bebês continuam ainda a ser bastante vulneráveis durante a primeira semana de vida, após a qual as suas hipóteses de sobrevivência aumentam significativamente (ver Figura 5.1).

Em termos globais, é na Região do Sudeste da Ásia que morre o maior número de bebês: 1.4 milhões de mortes de recém-nascidos, a que se juntam mais 1.3 de nados-mortos todos os anos. Mas, embora o número de mortes seja de facto mais elevado na Ásia, as taxas de mortes neonatais e de nados-mortos são mais altas na África Subsaariana. Dos 20 países com as taxas de mortalidade neonatal mais altas, 16 estão localizados nesta parte do mundo.

As condições que levam à morte de recém-nascidos também podem causar graves incapacidades, para toda a vida, nos bebês que conseguem sobreviver. Embora os dados disponíveis sejam limitados, estima-se que, anualmente, mais de um milhão de crianças que sobrevivem à asfixia intraparto desenvolvem problemas como a paralisia cerebral, dificuldades de aprendizagem e outras incapacidades (1). Os bebês que nascem prematuramente ou com baixo peso são mais vulneráveis a doenças numa fase posterior da infância (2), podendo também ter um desenvolvimento cognitivo diminuído (3). Há indicações de que o fraco crescimento fetal durante a gravidez pode desencadear o desenvolvimento da diabetes, da hipertensão e de doenças cardiovasculares, con-

Figura 5.1 Mortes de menores de cinco anos, 2000



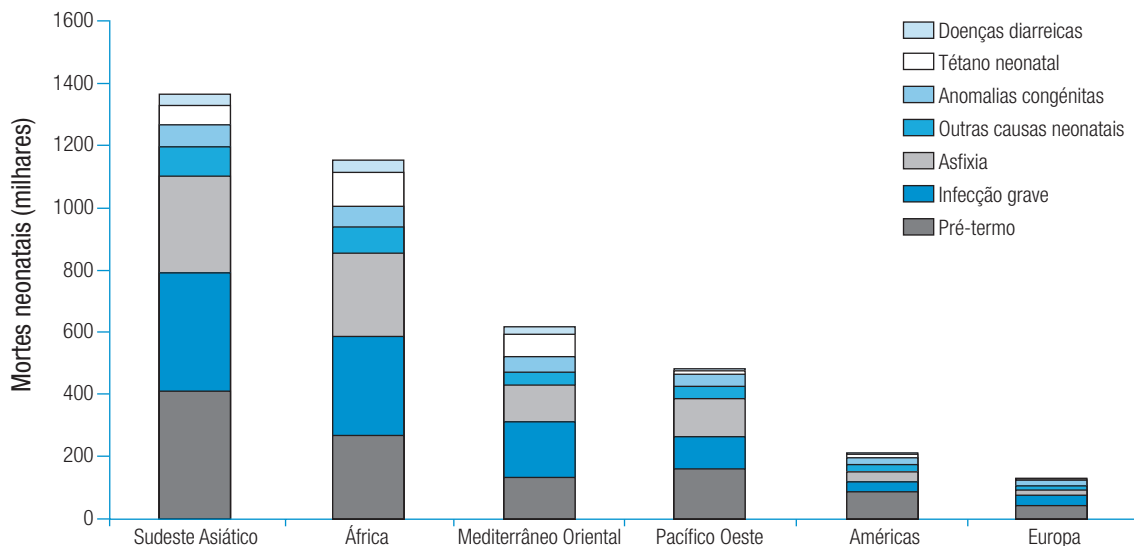
sequências que só se revelam muito mais tarde na vida (4). Uma infecção causada pelo vírus da rubéola durante a gravidez pode estar na origem de um aborto ou de um nado-morto, mas também de problemas congênitos, incluindo a surdez, as cataratas, o atraso mental e doenças do coração. Cerca de 100 000 bebês nascem todos os anos com síndrome de rubéola congênita, situação que pode ser evitada através da introdução generalizada da vacinação contra a rubéola.

Os recém-nascidos morrem de causas diferentes das que se observam em crianças mais velhas; apenas a pneumonia e as infecções do tracto respiratório são comuns. Os bebês maiores e as crianças mais velhas dos países em vias de desenvolvimento morrem sobretudo de doenças infecciosas, tais como as infecções respiratórias agudas, a diarreia, o

sarampo e a malária. Estas doenças são responsáveis por uma proporção bem menor de mortes em recém-nascidos: as mortes por diarreia são muito menos frequentes e o sarampo e a malária são extremamente raros. As intervenções concebidas para prevenir e tratar estas doenças em bebês maiores e em crianças têm menos impacto nas mortes durante o primeiro mês de vida.

O nascimento prematuro e as anomalias congénitas são responsáveis por mais de um terço das mortes neonatais, e estas ocorrem frequentemente na primeira semana de vida. Para além deste número, um quarto de mortes neonatais é atribuível à asfixia – também predominantemente na primeira semana de vida. No período neonatal

Figura 5.2 Número de mortes neonatais, por causas, 2000–2003

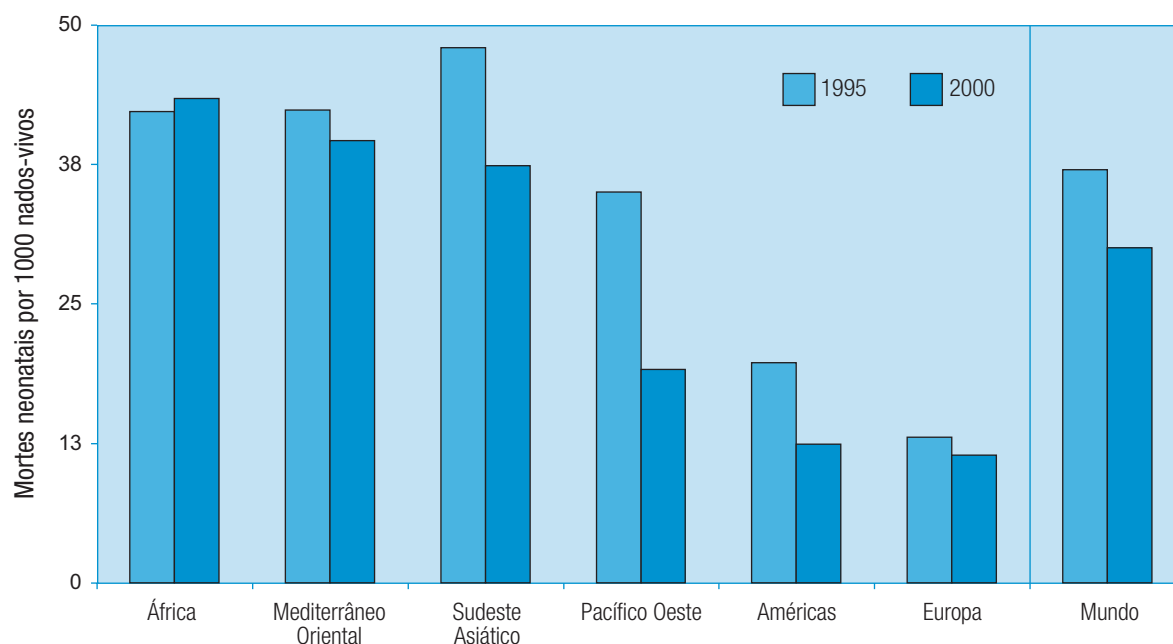


tardio, ou seja, após a primeira semana, as mortes devidas a infecções (incluindo a diarreia e o tétano) são as mais frequentes; em conjunto, estas causas estão na origem de mais de um terço das mortes neonatais. A importância do tétano como causa de morte neonatal, no entanto, tem diminuído bastante, graças aos intensos esforços de imunização.

As causas directas da morte neonatal variam de região para região (ver Figura 5.2). De uma maneira geral, a proporção de mortes atribuída à prematuridade e aos problemas congénitos aumenta à medida que a taxa de mortes neonatais diminui, enquanto a proporção relativa às causas da infecção, asfixia, diarreia e tétano diminui à medida que os cuidados melhoram. Os padrões do baixo peso à nascença variam conforme os países (5). Os bebés com baixo peso são especialmente vulneráveis aos perigos das primeiras horas e dos primeiros dias de vida, sobretudo se forem prematuros. A maioria dos bebés com baixo peso à nascença não são, na verdade, prematuros, mas sofreram limitações no crescimento uterino, normalmente em virtude da fraca saúde da mãe. Contudo, estes bebés também estão expostos a um maior risco de vida.

As principais causas de mortalidade neonatal estão intrinsecamente ligadas à saúde da mãe e aos cuidados que ela recebe antes, durante e imediatamente após dar à luz. A asfixia e as lesões ocorridas no nascimento normalmente resultam de um trabalho de parto mal gerido e da falta de acesso a serviços obstétricos. Muitas infecções neonatais, tais como o tétano ou a sífilis congénita, podem ser prevenidas através dos cuidados prestados durante a gravidez e o parto. O aporte inadequado de calorias ou micronutrientes também pode estar na origem dos resultados menos bons de uma gravidez (6). Tem sido sustentado que se poderiam evitar cerca de três quartos de todas as mortes neonatais, se as mulheres se alimentassem devidamente e recebes-

Figura 5.3 Alterações nas taxas de mortalidade neonatal entre 1995 e 2000^a



^aMétodos de cálculo diferiram ligeiramente em 1995 e 2000.

sem cuidados apropriados durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (7).

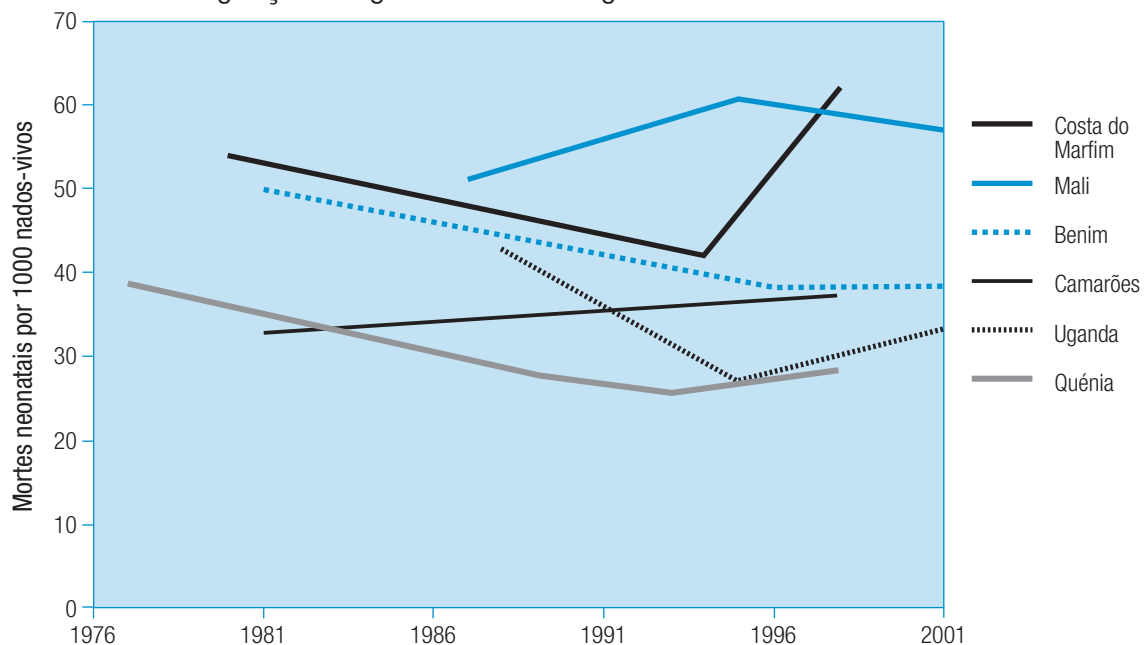
PROGRESSOS E ALGUNS RETROCESSOS

A mortalidade neonatal ainda não é contabilizada há tempo suficiente para que seja possível retirar conclusões fiáveis sobre as tendências, mas as estimativas da OMS entre 1995 e 2000 sugerem que a maior parte dos países na região das Américas, no Sudeste Asiático e nas regiões Europeias e do Pacífico Oeste têm feito progressos na redução das taxas de mortalidade neonatal (ver Figura 5.3). A evolução pode ser menos visível na região do Leste Mediterrânico (muito embora as médias regionais escondam variações entre os países), e a região Africana pode ter testemunhado um aumento na sua taxa de mortalidade.

Alguns estudos consecutivos de famílias de 34 países em desenvolvimento revelam que a maior parte experimentou um decréscimo da mortalidade neonatal durante as últimas décadas. Grande parte do progresso na sobrevivência ocorreu na fase tardia do período neonatal, havendo poucas melhorias durante a primeira semana de vida (8). Isto reflecte a experiência histórica de muitos países desenvolvidos, onde a mortalidade neonatal (e sobretudo a mortalidade relativa à primeira semana de vida) não começou a diminuir senão alguns anos depois de ter sido conseguido um declínio na mortalidade pós-neonatal e na mortalidade infantil (9). Em muitos países, a mortalidade neonatal decresceu a uma velocidade mais lenta do que a mortalidade pós-neonatal ou infantil (10–12).

Os estudos familiares também indicam que houve recuo e estagnação na mortalidade neonatal em toda a região da África Subariana desde o início da década de 90 (ver Figura 5.4). De facto, o número de mortes aumentou substancialmente na região africana. Em apenas cinco anos, a queda vertiginosa nas mortes ocorridas no Sudeste Asiático significou que essa região deixou de ter a mais alta taxa de mortalidade

Figura 5.4 A mortalidade neonatal nos países africanos mostra estagnação e alguns recuos invulgares



Fonte de dados: (10).

Caixa 5.1 Explicar as variações na mortalidade materna, neonatal e infantil: cuidados ou contexto?

O debate sobre o contributo dos programas de saúde materna, neonatal e infantil para salvar vidas não é recente. As análises históricas mostraram muitas vezes o papel importante dos factores contextuais, como um ambiente saudável, o maior poder concedido às mulheres, a educação ou a pobreza, na redução dos níveis de mortalidade. Pode ser difícil distinguir estes contributos contextuais daqueles que advêm dos cuidados prestados através dos sistemas de saúde. A pobreza, por exemplo, tem muitas vezes que ver com a forma como funcionam os centros de saúde, ao mesmo tempo que faz parte do contexto em que as mães e as crianças vivem. Actualmente, já não há dúvida de que tanto os sistemas de saúde como o ambiente – os cuidados e o contexto – são factores importantes, mas com peso diferente consoante se trate da saúde das mães e ou dos seus filhos, dependendo a redução da mortalidade materna mais dos esforços do sistema de saúde e menos do contexto do que a da mortalidade infantil.

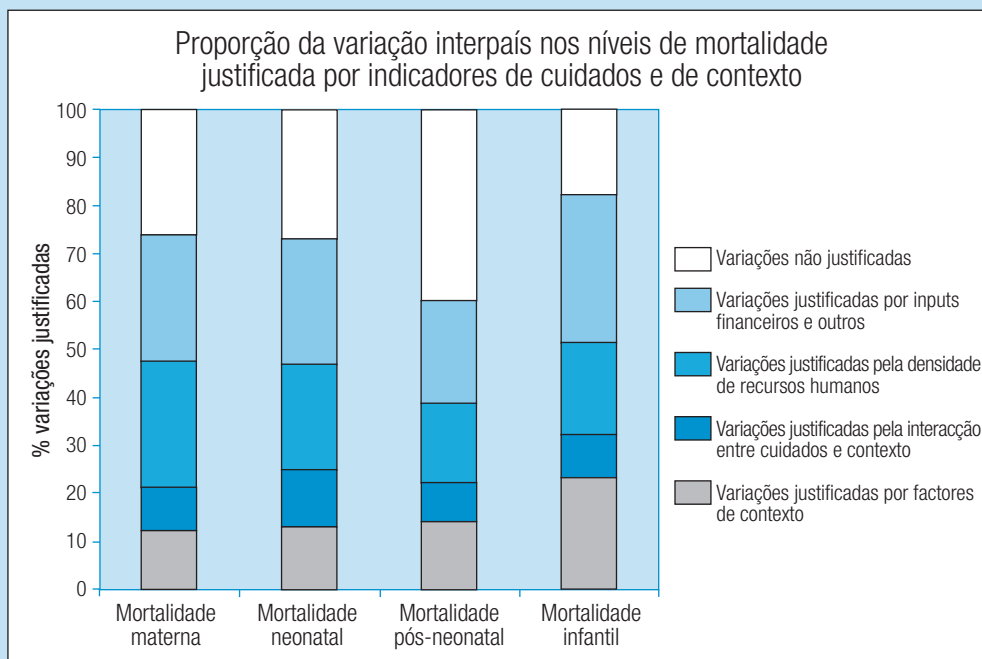
Uma forma de fazer a distinção entre o contributo relativo dos cuidados e o do contexto para a mortalidade é relacionar os níveis de

mortalidade entre os países com diferentes indicadores relativamente ao contexto e aos sistemas de saúde (21-24). Existem 67 países em desenvolvimento para os quais estão disponíveis estimativas fiáveis quanto aos níveis de mortalidade materna, neonatal, pós-neonatal e infantil em 2000. Para cada um destes países, pode construir-se um resultado com base na análise das principais componentes, reflectindo o investimento financeiro (despesa total e estatal na saúde, por habitante), densidade dos recursos humanos (parteiras e médicos *per capita*) e capacidade de resposta (determinada através dos níveis de satisfação individual). Usando a mesma técnica, é também possível construir um resultado para o contexto de cada país, de acordo com os seguintes indicadores: rendimento por habitante, rendimento das mulheres, grau de literacia das mulheres, saneamento básico e acesso a água potável (25).

As variações nos resultados dos contextos dos países explicam entre 10% e 15% das diferenças entre os países na mortalidade materna, neonatal e pós-neonatal numa série de sucessivas regressões. Explicam 24% das diferenças na mortalidade infantil. Os resulta-

dos nos cuidados explicam cerca de 50% das diferenças na mortalidade materna e neonatal, 37% das relativas à mortalidade pós-neonatal e 50% das diferenças na mortalidade infantil, sendo a densidade dos recursos humanos o principal factor explicativo isolado dentro do resultado nos cuidados. Isto sugere que os cuidados, e em particular os recursos humanos, são factores mais determinantes nas diferenças entre os países, em termos de mortalidade, do que as diferenças de contexto.

Uma proporção significativa da variabilidade nos níveis de mortalidade deve-se à interacção entre os cuidados e o contexto. Análises mais detalhadas sugerem que quando o contexto é particularmente complicado, mesmo os sistemas de saúde fortes conseguem apenas um efeito limitado na mortalidade; inversamente, quando existe um contexto favorável à saúde em termos de educação, riqueza, ambiente e poder conferido às mulheres, então um mau sistema de saúde poderá restringir substancialmente a redução da mortalidade. De uma maneira geral, a análise confirma a importância de se investir nos sistemas de saúde para reduzir a mortalidade.



neonatal do mundo; esse lugar passou a ser ocupado pela África, onde agora ocorrem quase 30% das mortes neonatais.

O recuo no progresso da saúde neonatal na região da África Subsariana é tão preocupante quanto involuntário. Historicamente, as diminuições das taxas de mortalidade infantil regridem frequentemente quando há uma deterioração do contexto social. Na Europa, esta regressão afectou sobretudo as crianças mais velhas, alterando apenas levemente as taxas de mortalidade neonatal (13). As causas para este difícil progresso na redução do número de mortes, tanto neonatais como de crianças mais velhas, são certamente muitas e bastante complexas. O declínio económico e os conflitos tiveram provavelmente um papel importante, através do seu efeito disruptivo no acesso aos serviços de saúde (14–16). O impacto da epidemia do VIH/SIDA na mortalidade está menos bem estabelecido para os recém-nascidos do que para o período pós-neonatal, mas há uma maior probabilidade de os filhos de mulheres VIH positivas serem nados-mortos ou prematuros; também é maior a probabilidade de apresentarem resultados baixos no teste de Apgar¹ e peso à nascença muito abaixo da média (17, 18).

Em muitos países, as descidas das taxas de mortalidade são motivadas, pelo menos em parte, pelo desenvolvimento socioeconómico: os progressos na educação das mulheres e na literacia, bem como no rendimento familiar e nas condições ambientais (disponibilização de água potável, saneamento e habitação), a par de uma melhor qualidade dos serviços de saúde e da nutrição infantil (19, 20). Embora estes factores

¹ O teste de Apgar avalia a condição física do recém-nascido



N. Behring-Christom/WHO

Todos os anos morrem mais de 4 milhões de bebés nos primeiros 28 dias de vida, e aproximadamente 3.3 milhões são nados-mortos

afectem a mortalidade neonatal, eles poderão ter um impacto maior no período pós-neonatal e na primeira fase da infância (ver Caixa 5.1). Dados históricos existentes sustentam esta hipótese. Há poucas provas de que as reduções, muitas vezes acen-tuadas, na mortalidade de bebés e crianças na Europa, durante as primeiras décadas do século XX, tenham sido motivadas pela melhor qualidade dos cuidados de saúde prestados, e a maior parte dos estudos defende que elas resultaram antes de um conjunto de factores que incluem a melhoria das condições de vida e da nutrição, a diminuição da fecundidade, a existência de água potável, bem como melhorias no saneamento básico e na habitação (26, 27). Durante este período, o progresso na redução da mortalidade neonatal foi limitado e restringiu-se ao período neonatal tardio. A progressão só acelerou perto da época da II Grande Guerra (28), que coincidiu com a maior utilização e a maior disponibilização de cuidados de saúde maternos, a melhoria da qualidade dos serviços obstétricos e dos prestados por parteiras profissionais, bem como o maior acesso aos antibióticos. Isto sugere que, não obstante os progressos limitados na fase posterior do período neonatal, resultantes das melhorias gerais na qualidade de vida, a evolução só foi acelerada e alargada ao período neonatal inicial quando foram disponibilizados cuidados maternos e neonatais adequados e estes passaram a ser usados globalmente.

NÃO ESCAPAR MAIS POR ENTRE AS MALHAS DA REDE

Muitos defendem que uma redução drástica do número de mortes neonatais só é possível onde haja um tão grande investimento na saúde que permita a disponibilização de grandes verbas para compra de tecnologia sofisticada. Mas, na verdade, médicos

Caixa 5.2 Selecção de sexos

O baixo valor conferido às mulheres e às raparigas nalguns países reflecte-se numa vincada preferência pelos filhos do sexo masculino. Ao longo de décadas, isto traduziu-se em muitas práticas claramente discriminatórias contra as meninas, como a negligência na alimentação, na educação ou nos cuidados de saúde. A prática do infanticídio feminino também foi ocasionalmente documentada.

O rápido declínio da fertilidade e a tendência para limitar as famílias a um ou dois filhos fez aumentar o desejo dos casais de terem filhos do sexo masculino. O aparecimento e a disponibilidade cada vez maior do equipamento de ecografia, que permite detectar qual o sexo do feto numa fase inicial da gravidez, fez surgir a oportunidade para o uso comercial da tecnologia médica para pré-seleccionar e interromper gravidezes em que o feto é do sexo feminino, reforçando assim a desvalorização das raparigas e das mulheres.

Na última década, o rácio raparigas/rapazes, na faixa etária dos 0–6 anos, tornou-se cada vez mais desequilibrado num certo número de países. Por exemplo, os censos na Índia revelaram que o rácio entre os sexos no grupo

dos 0–6 anos diminuiu de 945 raparigas por 1000 rapazes, em 1991, para 927, em 2001, sendo que alguns dos declínios mais marcados ocorreram entre as camadas mais instruídas e nos distritos mais favorecidos economicamente, que também têm um melhor acesso aos serviços privados de saúde. Os registos nacionais de rácios relativos ao sexo dos recém-nascidos na China e na Coreia do Sul revelaram rápidas mudanças do mesmo tipo, que têm poucas probabilidades de serem sustentáveis a longo prazo. O impacto demográfico de rácios adversos entre os sexos está a começar a fazer-se sentir, registando-se já uma diminuição do número de mulheres jovens em algumas comunidades, o que torna as mulheres em geral ainda mais vulneráveis à violência, incluindo a coacção sexual e a venda de noivas.

Muitas organizações defensoras dos direitos das mulheres e outras, na Índia e noutros países, encaram a selecção pré-natal do sexo como mais uma forma de discriminação das mulheres, tendo-se manifestado activamente através de movimentos em defesa da abolição dessa selecção. Por outro lado, nas sociedades onde dar à luz um rapaz define o estatuto e os

direitos das mulheres enquanto esposas, noras e mães, a determinação do sexo e o aborto selectivo permitem que as mulheres controlem, pelo menos, alguns aspectos das suas vidas.

Trata-se de um dilema que não pode ser resolvido considerando-se apenas a tecnologia médica. Os países mais gravemente afectados como a China, a Índia e a Coreia do Sul baniram, todos, a determinação pré-natal do sexo através do uso de ecografias ou de técnicas pré-concepcionais; outras medidas já tomadas incluem o registo e a fiscalização de laboratórios de genética e de máquinas de ecografia e a auto-fiscalização pela classe médica. Estas políticas foram até agora bastante ineficazes porque a procura continua a ser alta. Várias organizações não governamentais e da sociedade civil estão actualmente envolvidas em campanhas de consciencialização em larga escala e de sensibilização, bem como na organização de um debate alargado sobre a desvalorização da mulher e as consequências da preferência de sexos.

e enfermeiros podem facilmente adquirir a formação necessária sem terem de se tornar especialistas. Países como a Colômbia e o Sri Lanka, com menos de 15 mortes neonatais por cada 1000 nados-vivos, já demonstraram que a tecnologia dispendiosa não é, necessariamente, um pré-requisito para o sucesso. O mesmo se verifica na Nicarágua e no Vietname, que baixaram as suas taxas de mortalidade neonatal para 17 e 15 por 1000 nascimentos, respectivamente, quando o seu investimento financeiro na saúde, na década de 90, foi apenas de US\$ 45 dólares e US\$ 20 dólares *per capita*, respectivamente. Nos países do Norte da Europa, a prestação, bem coordenada, de cuidados pré-natais, intraparto e pós-natais a mães e recém-nascidos coincidiu com taxas reduzidas de mortalidade antes da introdução dos cuidados neonatais intensivos do início dos anos 80 (8). As unidades de cuidados intensivos, os especialistas e o equipamento dispendioso são úteis para reduzir ainda mais a taxa de mortalidade neonatal, apenas quando já tiverem sido atingidos níveis muito baixos. Mais do que utilizar equipamento topo de gama, o desafio consiste em encontrar a melhor forma de implantar o sistema de saúde para se poder garantir a continuidade entre os cuidados prestados durante a gravidez, os cuidados especializados do parto e os cuidados oferecidos à mãe, quando esta já estiver em casa com o seu recém-nascido.

Cuidados durante a gravidez

Muita coisa pode, e deve, ser feita durante a gravidez. Uma das intervenções mais simples e com uma boa relação custo-efectividade é a vacinação contra o tétano. Nas zonas onde a malária é uma doença endémica, o tratamento preventivo intermitente da malária pode reduzir a incidência do baixo peso à nascença, dos nados-mortos e da mortalidade neonatal e materna. A vacinação contra a rubéola reduz o número de nados-mortos e previne a síndrome de rubéola congénita. O diagnóstico e o tratamento das infecções do tracto reprodutivo diminuem o risco de trabalho de parto prematuro, bem como as mortes perinatais causadas directamente pela sífilis. O período pré-natal representa igualmente uma importante oportunidade para identificar ameaças à saúde do recém-nascido, bem como para fazer aconselhamento sobre nutrição, preparação para o parto, competências inerentes à maternidade e à paternidade e opções de planeamento familiar após o nascimento. Compreender a necessidade de informação e de serviços por parte das mulheres que desejam usar métodos de espaçamento das gravidezes comporta um potencial de redução da mortalidade neonatal, já que os nascimentos próximos uns dos outros se têm mostrado prejudiciais à sobrevivência da criança que vem a seguir (29).

Estas intervenções são a parte fundamental de um pacote eficaz de cuidados de saúde pré-natal. Idealmente, o conjunto de intervenções deve ser efectuado pelo mesmo profissional de saúde – a parteira – que dará assistência à mãe durante o parto; esta é a melhor forma de assegurar cuidados contínuos entre a gravidez e o parto. No entanto, tecnicamente, os cuidados pré-natais podem ser delegados noutros profissionais de saúde que não têm, necessariamente, de possuir as competências exigidas para dar assistência no parto. Como há menos falta de profissionais de saúde não-especializados do que de parteiras, os primeiros ajudam a aumentar a cobertura. Nesses casos, é imperioso que se estabeleçam ligações com aqueles que acompanharão a mãe e a criança durante o nascimento: a mãe precisa de se preparar para o parto, e os serviços de saúde têm de estar prontos para responder.

Cuidados profissionais no nascimento

Os cuidados profissionais especializados no nascimento têm uma importância tão decisiva para o recém-nascido como para a mãe. Por exemplo, o serviço eficaz de uma parteira evita que o nascimento seja traumático e diminui a mortalidade e a morbidade causadas pela asfixia intraparto, tal como a assepsia estrita no parto. Além disso, os cuidados com o cordão umbilical reduzem os riscos de infecção. Os cuidados especializados permitem ressuscitar bebês que não conseguem respirar após o nascimento e resolver ou encaminhar as complicações, quando estas afectam a mãe ou o recém-nascido. Quando o parto é adequadamente gerido por um profissional de saúde especializado, aumentam as condições de segurança para a mãe e para o bebê. Quais são, então, os problemas?

Em primeiro lugar, menos de dois terços das mulheres em países pouco desenvolvidos e apenas um terço das mulheres nos países menos desenvolvidos têm os seus filhos com o apoio de uma pessoa qualificada. Apesar das melhorias nalguns países, o desenvolvimento de serviços de saúde materna eficazes em muitas partes do mundo tem sido dificultado frequentemente pela falta de recursos, pela ausência de vontade política e pela insuficiente definição de estratégias (30): os serviços não têm estado à altura das necessidades de cuidados no nascimento, nem mesmo com a expansão dos cuidados pré-natais. Mesmo quando há serviços disponíveis, a sua qualidade é muitas vezes fraca ou não são mesmo utilizados por impedimentos financeiros e sociais das mulheres. Alguns países demonstraram estar bastante empenhados no reforço da qualidade dos serviços de saúde materna e mostram um claro progresso no que respeita ao alargamento do recurso a profissionais de saúde no nascimento (por ex. Bolívia, Egipto, Indonésia, Marrocos e Togo). Contudo, o cenário geral em África, onde a mortalidade neonatal é elevada, é menos positivo. O aumento da cobertura às comunidades carenciadas promete ser um enorme desafio para muitos países com poucos recursos, durante os próximos anos.

Em segundo lugar, a formação dos profissionais de saúde que dão assistência ao parto e a ênfase do seu trabalho têm sido centradas quase exclusivamente na segurança da mãe no momento do parto



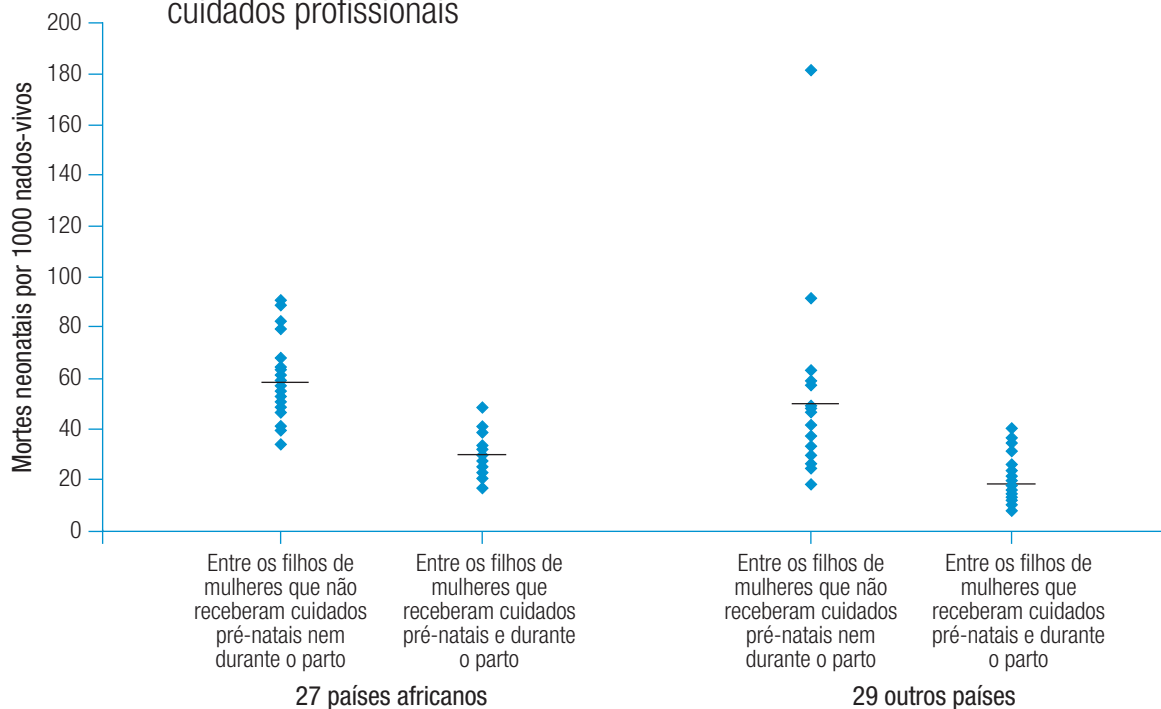
P. Vindot/WHO

Os cuidados profissionais para os recém-nascidos muitas vezes são difíceis de conseguir.

em si, levando isto à negligência do recém-nascido e da semana crítica após o nascimento (31). Os cuidados neonatais fazem parte do currículo e das responsabilidades das parteiras, das enfermeiras-parteiras e dos médicos que trabalham como seus equivalentes, mas na prática muitos destes profissionais não obtêm a formação nem a experiência necessárias para adquirir competências que permitam assegurar todos os procedimentos chave para os recém-nascidos. No Benim, no Equador, na Jamaica e no Ruanda, por exemplo, apenas 57% de todos os médicos, parteiras, enfermeiros e estagiários que, por rotina, dão assistência a partos foram capazes de ressuscitar adequadamente um recém-nascido, quando as suas capacidades foram postas à prova (32). Embora a tecnologia necessária seja, na verdade, bastante simples e barata, os profissionais de saúde podem revelar insegurança quanto à forma como devem lidar com as complicações repentinas, que podem passar a comportar risco de vida em apenas duas horas, e os medicamentos e equipamento estão normalmente ainda menos disponíveis do que os profissionais para a prestação de cuidados de que uma mãe poderá necessitar em caso de complicações.

Mesmo no interior de um hospital, os serviços de apoio aos cuidados maternos e neonatais, que deveriam ser desencadeados assim que surge uma complicação, muitas vezes não respondem de forma suficientemente rápida; os hospitais podem não ter sido concebidos para prestar cuidados a recém-nascidos, em termos de formação do pessoal e de aquisição de equipamento. Dar à luz numa unidade de saúde (não necessariamente um hospital) com apoio de profissionais é de longe mais seguro do que fazê-lo em casa. Mas o mesmo ambiente que possibilita um parto mais seguro pode colocar os recém-nascidos num risco mais elevado de infecção iatrogénica,

Figura 5.5 A mortalidade neonatal é mais baixa quando as mães recebem cuidados profissionais



Fonte: Estudos demográficos e de saúde.

sobremedicação e práticas hospitalares inadequadas. Em muitos hospitais, a mãe e o bebê podem ser separados, o que torna difícil que as mães possam estabelecer laços e dar calor aos seus recém-nascidos. Os bebês nascidos em hospitais, em alguns contextos, têm na verdade menos probabilidades de ser amamentados do que aqueles que nascem noutros locais (33).

Maximizar sinergias entre a saúde materna e a neonatal exigirá que as maternidades dêem especial atenção à formação adequada do pessoal e à organização dos cuidados de resposta às necessidades dos recém-nascidos. As unidades terão ainda que melhorar o controlo das infecções, fazer apenas o mínimo de intervenções médicas e promover activamente a amamentação. Se a qualidade for satisfatória, o parto nesses locais será muito mais seguro para a mãe e a criança do que o parto caseiro sem assistência profissional.

O acesso universal aos cuidados profissionais especializados no parto oferece, em articulação com os cuidados pré-natais, um enorme potencial para reduzir o fardo dos nados-mortos e das mortes neonatais prematuras, que constituem a maior parte das mortes fetais e neonatais. Na maioria dos países, a mortalidade dos bebês cujas mães beneficiaram de cuidados pré-natais e de cuidados especializados no parto tende a representar menos de metade do número de mortes dos bebês cujas mães não usufruíram desses cuidados (ver Figura 5.5). A consistência destas disparidades, num vasto conjunto de países, sugere que é o acesso a um continuum de cuidados especializados que faz a diferença.

Cuidar do bebê em casa

Todavia, os cuidados profissionais no parto têm menos efeito nas mortes neonatais relativas ao período mais tardio, que ocorrem quando a mãe e o recém-nascido estão em casa, sem apoio profissional. Os cuidados prestados em casa são muito importantes para a saúde do recém-nascido. Se a mãe tiver bons instintos maternos (que poderão ser melhorados durante as consultas pré-natais) e se ela puder amamentar e manter o bebê aquecido, tudo poderá correr bem: ser recém-nascido não é uma doença. Nas sociedades em que a mulher se movimenta numa rede social extensiva, em que goza de mobilidade e de autonomia para controlar os recursos e tem acesso a bons cuidados de saúde e a informação, as mães estarão numa posição mais vantajosa para cuidar dos seus bebês. Para caminhar nessa direcção, será útil mobilizar as comunidades, por exemplo, através dos grupos de mulheres (34). Na Bolívia, o estímulo à participação das mulheres em grupos envolvidos na promoção da saúde dos recém-nascidos contribuiu para uma redução da mortalidade perinatal de 117 para 44, por 1000 nados-vivos (35). No Nepal, a criação de uma rede de grupos de mulheres conduziu a uma redução de 30% das taxas de mortalidade neonatal, sobretudo através de uma melhor utilização dos serviços (36).

Um aspecto importante nos cuidados ao recém-nascido é procurar ajuda quando há problemas. Mesmo os recém-nascidos que não estejam propriamente em risco podem ficar doentes nos dias que se seguem ao parto: é então fundamental procurar ajuda profissional imediatamente. Todos os bebês de alto risco, como os que têm baixo peso à nascença, precisam de cuidados profissionais, e é necessário que as suas mães possam receber aconselhamento. As primeiras semanas de vida são particularmente problemáticas, uma vez que não há uma definição clara das responsabilidades profissionais na assistência aos recém-nascidos que requerem cuidados extraordinários.

Assegurar a continuidade dos cuidados

A transferência de responsabilidades dos serviços de cuidados de saúde neonatal para os de saúde infantil – tipicamente, da maternidade para o centro de saúde – constitui uma fase crítica no continuum de cuidados. Os cuidados aos recém-nascidos muitas vezes escapam por entre as fendas. Os serviços de saúde materna consideram que a sua responsabilidade cessa após o nascimento da criança ou quando a mãe sai do hospital com o seu bebé. Os programas de saúde infantil, por outro lado, têm sido fundamentalmente dirigidos para a prevenção da mortalidade em crianças mais velhas, concentrando-se mais nas doenças evitáveis através da vacinação, na diarreia e nas infecções do tracto respiratório do que nos problemas dos recém-nascidos. Os profissionais de saúde que trabalham nesses programas têm muitas vezes tendência a esperar que a mãe se dirija ao centro de saúde com a criança para a vacinar. Mesmo quando os recém-nascidos são levados às unidades de saúde, o pessoal por vezes não tem segurança ou não tem formação adequada para lidar com crianças tão pequenas. Quando a mãe e o bebé permanecem em casa após o nascimento, o que acontece em muitas partes do mundo, não são recebidos cuidados, a menos que os trabalhadores de saúde estejam dispostos a fazer visitas domiciliárias. Em muitos contextos, não existem mecanismos para estabelecer a comunicação e a articulação entre os programas maternos e os infantis.

Existe uma necessidade premente de desenvolver e avaliar estratégias para estabelecer um continuum de cuidados que abranja as primeiras semanas de vida. Em muitos países, sobretudo no mundo industrializado, existe uma longa tradição de visitas domiciliárias pelos profissionais de saúde para verificar a saúde da mãe e do recém-nascido no período imediatamente a seguir ao parto. Em alguns deles, esta é uma parte do trabalho da parteira; noutros, é às enfermeiras pediátricas ou às autoridades de saúde que cabe essa responsabilidade. As vantagens relativas de cada solução são pouco claras, e provavelmente dependem dos contextos históricos e locais; todas apresentam problemas de coordenação quando se pretende evitar que os cuidados aos recém-nascidos escapem através das fendas de serviços fragmentados. A actual escassez de profissionais qualificados significa que muito do seguimento pós-natal de mães e bebés, particularmente aquele que já é realizado em casa, será frequentemente transferido das maternidades para o pessoal dos centros de saúde – enfermeiras, médicos de clínica-geral ou pediatras. Isto torna necessário que se preste mais atenção às competências, tarefas e mecanismos capazes de assegurar a continuidade dos cuidados.

Muitos países enfrentam hoje um dilema: investir na continuidade de cuidados e no acesso a cuidados especializados no parto ou, dada a escassez actual de profissionais qualificados, percorrer uma parte do caminho, investindo em trabalhadores informais que possam prestar alguns dos cuidados básicos aos recém-nascidos que as mães não consigam assegurar. As actividades através das quais os trabalhadores informais ajudam a melhorar as condições de vida, capacitando as mulheres e as suas famílias para prestarem bons cuidados em casa, e a promover a utilização dos serviços têm sido um complemento eficaz dos cuidados profissionais (36). As provas da utilidade dos trabalhadores comunitários não profissionais no tratamento de recém-nascidos, em circunstâncias de rotina, são escassas e discutíveis. Estrategicamente, interessa saber se isto comporta algum valor adicional e se os custos da oportunidade não serão demasiado altos, quando comparados com os da opção de concentrar esforços na expansão dos cuidados profissionais e de melhorar os cuidados de saúde no seio familiar.

Nos países em que a assistência profissional qualificada no parto é elevada e está a aumentar, desenvolver uma estratégia que promova o envolvimento dos trabalhadores informais de saúde comunitários terá pouco apoio popular ou político relativamente a uma estratégia orientada para o acesso universal. Faz mais sentido, nesses países, concentrar esforços no aumento da cobertura, no melhoramento da qualidade dos cuidados prestados a recém-nascidos pelos serviços de saúde materna e infantil e no estabelecimento da continuidade com os cuidados prestados em casa.

O dilema é real, contudo, nas áreas onde os níveis de cobertura de profissionais qualificados são muito baixos. Apostar no cuidado não profissional é ceder à tentação de fazer algo imediatamente. Em última análise, porém, o objectivo é desenvolver redes alargadas de serviços profissionais eficazes, para chegar ao nível dos países que começaram a fazê-lo há várias décadas. A existência desses serviços profissionais é em si mesma um pré-requisito para que os trabalhadores informais possam fazer um trabalho eficaz. Deve haver o cuidado de evitar o erro cometido nos anos 80, quando uma estratégia de alargamento dos serviços profissionais de maternidade foi substituída – em vez de complementada – pela do recurso a parteiras tradicionais (ver Caixa 4.4). Da mesma forma, os trabalhadores de saúde das comunidades locais podem complementar os serviços profissionais nos cuidados prestados a recém-nascidos, mas não constituem uma alternativa à criação de serviços profissionais: o custo da oportunidade seria demasiado alto.

O elo mais fraco na cadeia dos cuidados é, actualmente, a assistência especializada no parto. O principal impulso das estratégias com vista à melhoria da saúde dos recém-nascidos deveria ser melhorar o acesso e aumentar a utilização dos cuidados profissionais no parto por parte de todas as mulheres grávidas. Será necessário voltar a centrar a atenção dos cuidados no nascimento, para garantir que os interesses dos recém-nascidos recebem a devida atenção. Isto deve ser feito tanto no primeiro nível como nos serviços de apoio diferenciado: a referenciação em tempo útil é tão importante como responder a emergências maternas imprevistas.

Ultrapassar a fragmentação actual dos cuidados neonatais não é tarefa fácil. Aquilo que é feito antes e durante o nascimento deve estar ligado ao que acontecerá depois, em casa e no contexto dos serviços que assumem a responsabilidade de prestar cuidados de saúde ao recém-nascido e, posteriormente, à criança. Contudo, o primeiro desafio consiste em desenvolver cuidados especializados de saúde materna e neonatal suficientemente depressa para pôr fim à exclusão, que impede quase metade dos recém-nascidos de todo o mundo de aceder aos cuidados vitais a que tem direito.

O PLANEAMENTO PARA O ACESSO UNIVERSAL

Pontos de referência para as necessidades do serviço

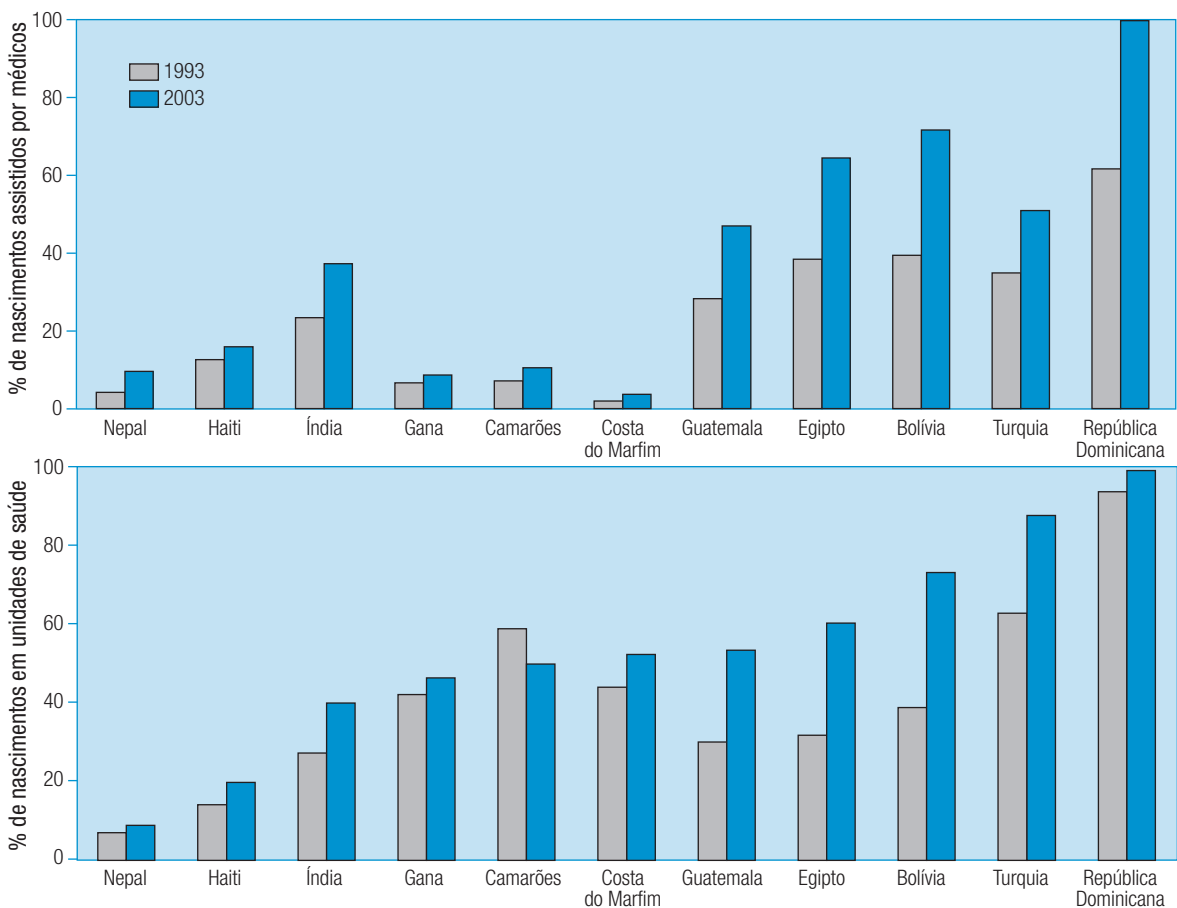
Não seria aconselhável separar o plano para aumentar o acesso aos cuidados neonatais do plano de cuidados durante a gravidez, o parto e o pós-parto. O planeamento exige pontos de referência. As recomendações recentes sugerem que as unidades de saúde materna e neonatal sejam organizadas de modo a que haja, pelo menos, uma unidade de cuidados de obstetria “abrangentes” e quatro unidades de cuidados de obstetria “básicos” por cada grupo populacional de 500 000 indivíduos, ou seja, uma unidade por cada 3000 nascimentos anuais. Estas recomendações não se adequam à realidade dos distritos de saúde, que são normalmente bastante mais pequenos. Na região da África Subsariana, onde ocorre a maior parte da estagnação de indicadores,

o distrito médio tem cerca de 120 000 habitantes; no Sudeste Asiático há muitas vezes unidades bem mais pequenas.

Fazer uma estimativa das necessidades de cuidados de primeiro nível para mães e bebés é simples: a longo prazo, todos deverão ter acesso. O problema é decidir pelo nível ideal de descentralização – o compromisso entre o acesso e a eficácia.

As necessidades de cuidados diferenciados são mais difíceis de avaliar, uma vez que só algumas mães grávidas e os seus bebés poderão, eventualmente, precisar de intervenções desse nível – e tais casos não podem ser identificados de antemão. A percentagem de mães e bebés que precisa desses cuidados é motivo de discussão. As estimativas variam consideravelmente, sem terem uma base empírica forte (37). De acordo com as actuais linhas de orientação do Fundo das Nações Unidas para a Infância, do Fundo das Nações Unidas para a População e da OMS, a percentagem de mães que desenvolve complicações graves é de 15% – mas isto não significa que todas elas precisem de cuidados diferenciados: muitas destas complicações podem ser resolvidas no pacote de primeiro nível. Com base em provas mais recentes e

Figura 5.6 A proporção de partos em unidades de saúde e com assistência médica está a aumentar



Fonte: Extrapolação de Estudos demográficos e de saúde

de acordo com a investigação que tem vindo a ser desenvolvida, esta percentagem poderá ser revista no sentido da descida, indo até à reduzida estimativa de 7%, em que estão incluídos 2–3% de casos cirúrgicos. A proporção de recém-nascidos que precisa de cuidados diferenciados é muitas vezes subestimada – ao passo que a necessidade de equipamento sofisticado para salvar as suas vidas é muitas vezes sobreavaliada. A percentagem de recém-nascidos para a qual os cuidados diferenciados fariam a diferença entre a vida e um alto risco de morte estará provavelmente entre os 9% e os 15%, mas há falta de dados.

Num distrito com 120 000 habitantes, e presumindo que a taxa de natalidade é de 30 por cada 1000 habitantes, haveria um volume de trabalho correspondente a 3 600 mães e recém-nascidos a precisar de cuidados de primeiro nível, dos quais cerca de 600–650 ainda precisariam de cuidados diferenciados. As parteiras trabalhando em equipa conseguem facilmente dar assistência a pelo menos 175 nascimentos por ano (38). Esse distrito exigiria umas 20 parteiras, ou profissionais qualificados equivalentes, para proporcionar cuidados de primeiro nível a todas as mães e recém-nascidos do distrito, em unidades descentralizadas geridas por parteiras ou em unidades hospitalares com 60–80 camas.

Uma solução prática e com boa relação custo-efectividade seria ter uma equipa de 9–10 parteiras (ou pessoal equivalente) a trabalhar no hospital (38). As restantes estariam nas outras maternidades do distrito. Numa população mais dispersa, criar maternidades mais pequenas, talvez com cinco parteiras cada, seria uma opção que ainda permitiria garantir a prestação do serviço todos os dias, durante 24 horas, embora isso implicasse um controlo de qualidade mais alto e custos de evacuações de emergência. Em distritos grandes, com uma população dispersa, a única solução poderá ser colocar parteiras isoladas nas aldeias – como tem sido a política na Indonésia. Esta solução melhora consideravelmente o acesso, mas coloca problemas relativamente às garantias de qualidade, à disponibilidade de 24 horas por dia, à eficácia e ao custo dos elos de encaminhamento de referência.

Um distrito deste tipo exigiria os serviços de um médico ou equivalente a tempo inteiro, bem como a sua equipa de apoio, para prestar cuidados diferenciados a 600 ou mais mães e bebés com problemas que ultrapassam a competência do pessoal de primeiro nível. Dada a condição de disponibilidade de 24 horas por dia e a variedade de competências exigidas pelos cuidados de apoio, um único ginecologista-obstetra por distrito não é uma opção viável. Alternativas como melhorar as competências de todos os funcionários médicos ou técnicos especializados têm sido experimentadas num vasto número de países com fracos recursos, com bastante sucesso. Tal aumento da formação deve cobrir tanto os cuidados obstétricos como os neonatais, recomendação que até agora tem sido pouco levada em conta.

Espaço para optimismo, razões para cautela

Quando são oferecidos serviços credíveis, a utilização dos cuidados pode aumentar drasticamente. Por exemplo, em Dakar, no Senegal, a abertura de uma sala de operações numa maternidade urbana conduziu de imediato a um aumento de 80% do número de partos naquela unidade. Há obviamente uma enorme procura à espera de resposta.

Em termos globais, a disponibilidade de dados representativos a nível nacional para assistência qualificada no parto é elevada, e existem dados relativos a 93.5% de todos os nados-vivos. Daqui pode depreender-se que, mundialmente, 61.1% dos

Caixa 5.3 Sobremedicação

O parto é um acontecimento que facilmente se presta à sobremedicação. As mulheres e as suas famílias seguem prontamente os conselhos médicos que promovam intervenções perspectivadas como importantes para a vida da mãe e do bebé. A procura não racional, a exploração comercial e a medicina defensiva são comuns. Muitos procedimentos médicos são efectivamente necessários e até vitais. Mas as intervenções desnecessárias podem causar danos, despesas desnecessárias e ter graves consequências. A procura induzida pela oferta é uma das principais razões para questionar a suposta superioridade, em termos qualitativos, do sector privado, especialmente no caso dos prestadores de cuidados que visam o lucro. Há quatro intervenções que são particularmente propícias ao abuso.

Por todo o mundo, os índices de cesarianas estão a aumentar. Uma intervenção que pode salvar a vida, no caso de incompatibilidade feto-pélvica, ou outras indicações, acarreta no entanto os seus riscos e tem as suas taxas de morbilidade. Conduz também àquilo que na maior parte dos casos são enormes despesas e noutros até despesas ruinosas para os utentes. Porém, nalguns países o número de mulheres que dão à luz através de cesariana está a aumentar incompreensivelmente. No início da década de 90, as taxas muito elevadas de cesarianas eram essencialmente um fenómeno da América Latina. Mas agora parece que a epidemia corre todo o mundo. Com excepção da região africana,

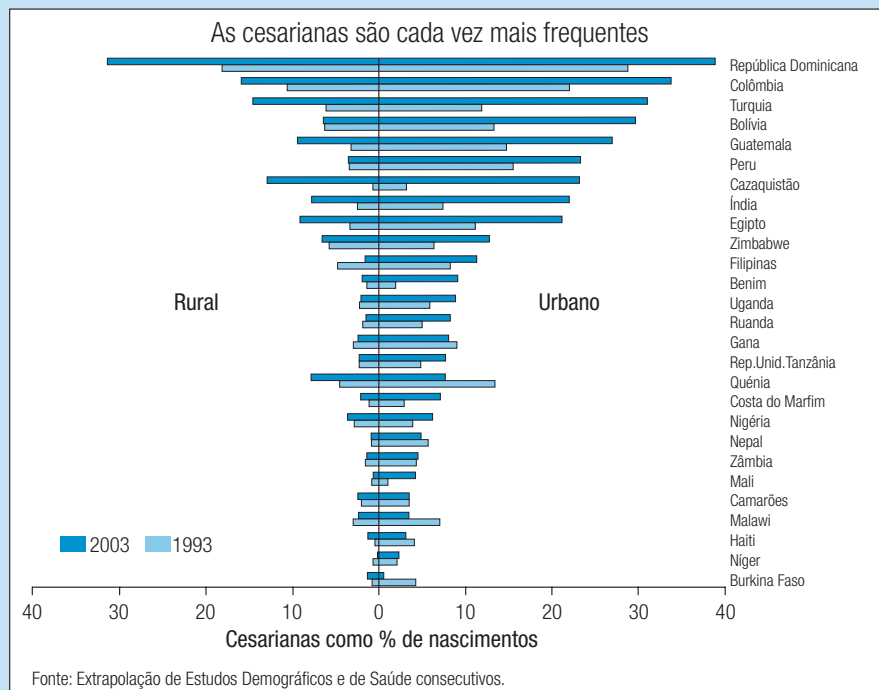
os índices de cesarianas nas zonas urbanas da maioria dos países estão agora bem acima dos 10% e também estão a aumentar nas zonas rurais. Isto significa que, em muitos países, a maior parte destas intervenções são levadas a cabo por razões não médicas, sem benefícios de saúde evidentes. As causas são complexas, mas o facto de os médicos estarem a criar uma procura que favorece o seu lucro financeiro pode certamente contribuir para a epidemia. Estes são países onde a protecção ao consumidor se está a tornar uma prioridade. Ao contrário, na região da África Subariana os índices de cesarianas permanecem baixos, com taxas abaixo dos 5%, nas zonas urbanas, e abaixo dos 2%, nas zonas rurais (43). Neste caso, o primeiro problema a resolver é a escassez da oferta.

Em muitos países ricos, essas intervenções desnecessárias comportam riscos bastante baixos, mas em qualquer lugar há uma real possibilidade de haver consequências adversas e imprevistas para a criança e para a mulher. Além disso, as cesarianas desnecessárias podem desviar recursos escassos em contextos em que as pessoas realmente necessitadas de uma cesariana por motivos vitais não a conseguem obter. Têm sido propostas estratégias para reduzir as taxas desnecessariamente elevadas de cesarianas, mas poucas foram adequadamente avaliadas ou, nos casos em que o foram, revelaram um sucesso muito limitado (44, 45).

As cesarianas não são as únicas intervenções que se estão a tornar frequentes sem indi-

cação médica, que trazem poucos benefícios e que podem ter efeitos deletérios e, muitas vezes, obrigar as utentes a fazer grandes despesas. A episiotomia é praticada rotineiramente, sem que haja grandes provas de que protege o períneo (40, 46), estando associada a um maior risco de transmissão do VIH, do trauma e das lacerações perineais, assim como da dispareunia. Também não há provas de que a amniotomia rotineira antecipada seja útil nos casos em que o parto progride normalmente; no entanto, aumenta o risco de sofrimento fetal (47) e de transmissão do VIH.

Um outro caso é o abuso de oxitocina. Este fármaco é útil durante o terceiro estágio do trabalho de parto para reduzir a hemorragia pós-parto (48). Pode ainda ser utilizado para induzir ou acelerar o parto, com efeitos benéficos quando há indicações bem definidas, ditadas pela monitorização do trabalho de parto com um partograma. O uso de oxitocina está a tornar-se cada vez mais comum em contextos em que a supervisão médica durante os partos é mínima e os partogramas não são usados ou nem sequer são conhecidos (49, 50). Em algumas partes da Índia, do Mali, do Nepal e do Senegal, um terço das mulheres recebeu oxitocina durante o parto (51, 52). O uso inapropriado de oxitocina, sobretudo em contextos onde não há supervisão médica, pode conduzir ao sofrimento fetal, a nados-mortos, à ruptura uterina e à morte materna (52, 53).

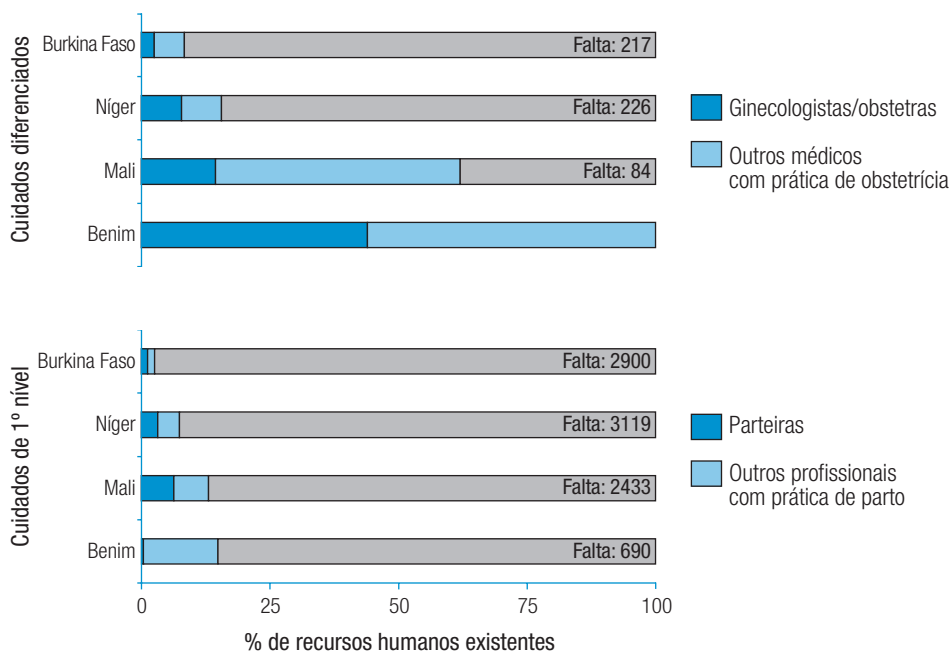


nascimentos são assistidos por um profissional que, pelo menos em princípio, tem competências para tal. Extrapolando a partir de dados disponíveis em 58 países, que representam 76% dos nascimentos no mundo em desenvolvimento, a presença de um profissional qualificado no parto – o aspecto fulcral dos cuidados de primeiro nível – aumentou significativamente, de 41% em 1990 para 57% em 2003, um acréscimo de 38% entre 1990 e 2003. Os maiores progressos foram conseguidos no Sudeste Asiático (de 34% em 1990 para 64% em 2003) e no Norte de África (de 41% em 1990 para 76% em 2003). Estas tendências representam um aumento de mais de 85% em ambas as regiões. No entanto, não houve praticamente quaisquer alterações na região da África Subsariana, onde as taxas permaneceram nos 40% – entre as mais baixas do mundo. Dentro destas médias regionais, existem diferenças significativas entre as áreas urbanas e as rurais. Quase todos os acréscimos no número de nascimentos assistidos por um profissional qualificado são originados pelos aumentos da presença de médicos no parto. Na verdade, a maioria das regiões, com excepção da da África Subsariana, revelam um decréscimo no uso de outros tipos de assistência profissional. Há um crescimento marcado na proporção de partos realizados em unidades de saúde, tanto nas zonas rurais como nas urbanas (ver Figura 5.6).

Esta tendência para o uso crescente dos cuidados maternos e neonatais de carácter profissional não deve levar-nos a optimismos excessivos. Há muitos locais onde existem hospitais com pessoal qualificado, mas em que a mortalidade permanece surpreendentemente alta. Em 1996, por exemplo, Brazzaville, no Congo, tinha um rácio de mortalidade materna de 645 por 100 000, apesar de possuir um hospital universitário e unidades de cuidados de saúde (39). Os cuidados relativos ao parto não implicam só que haja hospitais com pessoal clínico especializado, envolvendo também a questão de como o pessoal profissional trabalha e de como se comporta (40).

(continua na página 102)

Figura 5.7 A lacuna dos recursos humanos no Benim, Burkina Faso, Mali e Níger, 2001

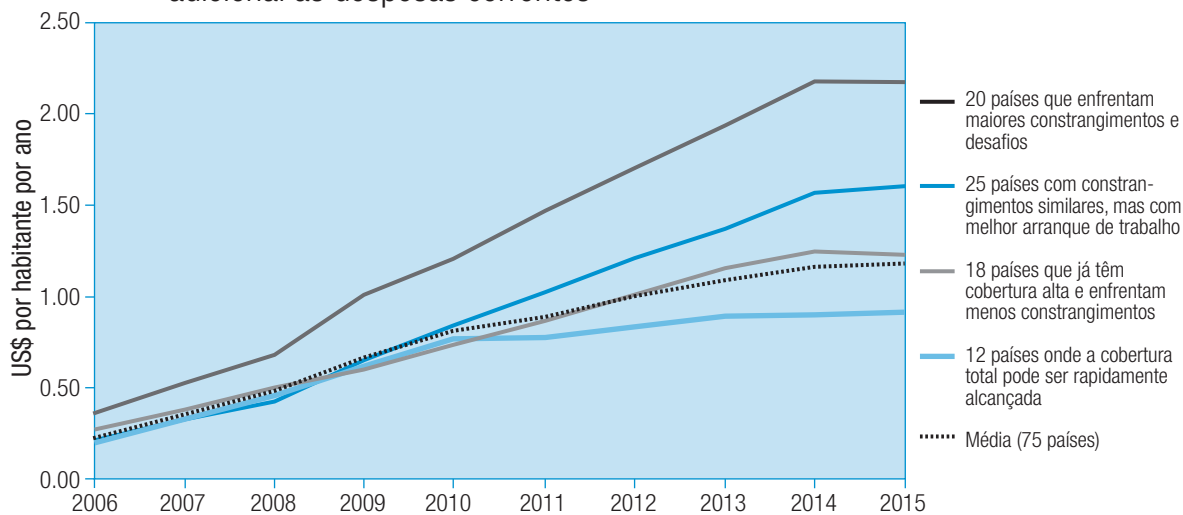


Fonte: Adaptado do Unmet Obstetric Need Network (<http://www.itg.be/uonn/>).

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)

| Pontos de referência | Preenchimento das lacunas |
|---|---|
| Cuidados maternos e neonatais de primeiro nível para todas as mães e recém-nascidos: | <p>Actualizar e transferir 140 000 dos estimados 265 000 profissionais que actualmente dão assistência a 43% dos nascimentos</p> <hr/> <p>Formação de parteiras ou profissionais com as mesmas competências: 700 000 em 2030 (330 000 para aumentar a quantidade e 370 000 para compensar o desgaste), sendo 334 000 formados nos primeiros 10 anos</p> <hr/> <p>Actualização e criação de 37 000 maternidades, 24 000 dentro dos primeiros 10 anos</p> |
| Cuidados maternos e neonatais diferenciados para, pelo menos, 7% das mães e 9–15% dos recém-nascidos: | <p>Actualização de 47 000 médicos e técnicos que prestam serviços diferenciados, 27 000 nos primeiros 10 anos</p> |
| 1 hospital por 120 000 habitantes | <p>Actualização de 18 000 maternidades em hospitais, 11 000 nos primeiros 10 anos</p> |

Figura 5.8 Custo da escalada dos cuidados maternos e neonatais, adicional às despesas correntes



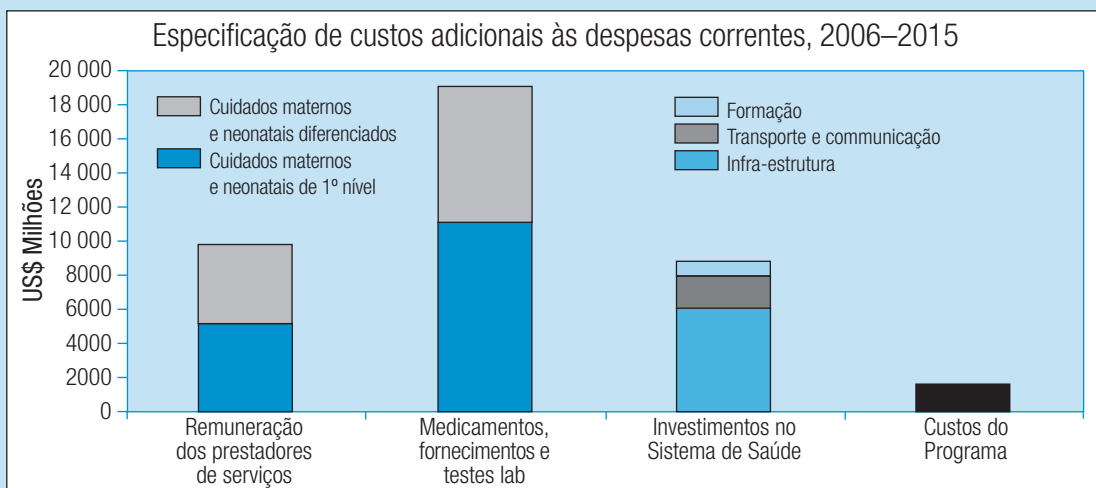
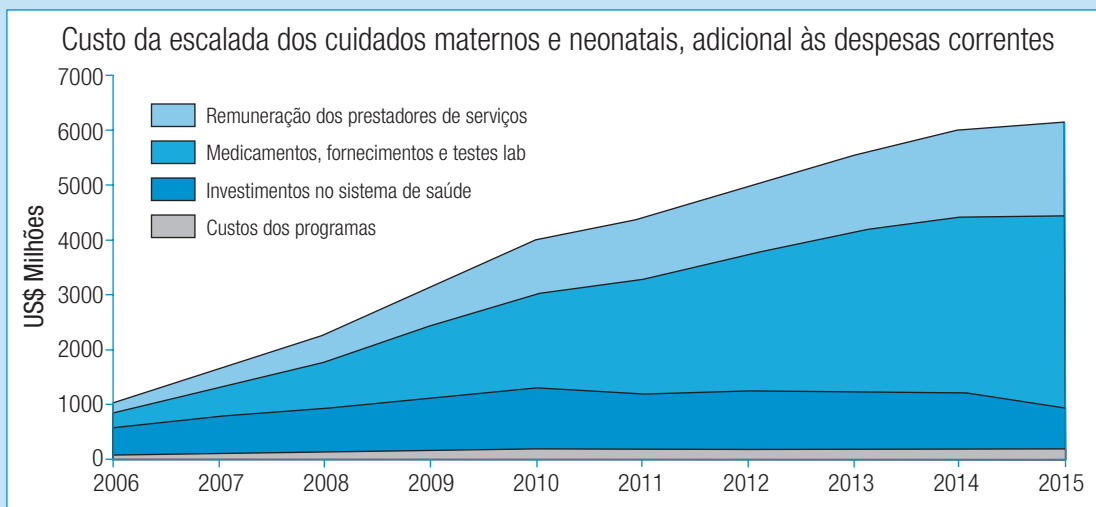
Caixa 5.4 Detalhe dos custos previstos para aumentar a cobertura dos cuidados maternos e neonatais

Os cenários, feitos em 75 países, para o progresso rumo à cobertura universal dos cuidados maternos e neonatais foram construídos com base no aumento da assistência qualificada no parto, em termos de cuidados de primeiro nível e de cuidados diferenciados, incluindo todo um conjunto de intervenções orientadas para a redução da mortalidade e para a melhoria da saúde: um pacote de 67 intervenções diferentes a aplicar durante a gravidez, o parto e os períodos pós-parto e pós-natal. O custo da implementação destes cenários, a adicionar aos níveis correntes de despesa nos 75 países, aumentará de US\$ 1 bilhão de dólares, em 2006, para US\$ 6.1 bilhões de dólares, em 2015. Ao

longo do período de 10 anos coberto pelo cálculo de despesas, 4% dos custos adicionais referem-se ao desenvolvimento e ao apoio dos programas. O investimento nos sistemas de saúde (formação, transportes e comunicações, e infra-estrutura da rede de cuidados de saúde) representa 22%; de acordo com as previsões, o investimento anual nos sistemas de saúde custará o dobro entre 2006 e 2015, mas o seu quinhão do total irá cair de 46% para 12%.

Uma grande parte dos custos adicionais destina-se à expansão da prestação dos cuidados: US\$ 460 milhões de dólares de um total de US\$ 1 bilhão de dólares em 2006, aumentando para US\$ 5.2 bilhões de dólares dos US\$ 6.1 bilhões

totais em 2015 (56% para cuidados de primeiro nível e 44% para cuidados diferenciados). Os custos da prestação de cuidados continuarão a aumentar, tanto em termos absolutos como relativos, após 2015, à medida que a cobertura for aumentando. Durante o período 2006–2015, 48% de todos os custos adicionais serão gastos em fármacos, comodidades e recursos, sendo de 25% o valor destinado a salários e remuneração da mão-de-obra extra. Esta última, contudo, é uma estimativa baseada nos níveis actuais de remuneração, que provavelmente não serão suficientes para recrutar, manter ou transferir os trabalhadores de saúde para as áreas onde fazem mais falta.



Há duas tendências que se revelam particularmente preocupantes. Primeiro, há uma diferença entre aquilo que a qualificação de parteira, de enfermeira-parteira e de médico garante e o nível real de aptidão e competência. Num estudo rudimentar em quatro países sobre as suas capacidades, havia pouca correspondência entre conhecimento e aptidão, e todos os tipos de profissionais revelaram uma grande disparidade entre os seus níveis de aptidão reais e os *standards* internacionais de referência. Isto aplicava-se inclusivamente a capacidades cruciais para salvar vidas, tanto no que se referia aos recém-nascidos como às mães (41).

Segundo, os cuidados maternos e neonatais inserem-se numa área em que a comercialização da prestação de cuidados de saúde – seja ela manifesta ou dissimulada – encontra um público facilmente explorável. Os pagamentos por um parto espontâneo vaginal constituem pelo menos 2% do orçamento familiar anual no Benim e no Gana; se houver intervenções de resposta a complicações, os custos atingem um nível de 34% do orçamento para despesas familiares anuais (42). Havendo uma clientela potencial muito vasta, o abuso da tecnologia medicalizada induzido pela oferta é frequente, comportando o risco conseqüente da iatrogenia e da exploração financeira dos utentes. A epidemia mundial das cesarianas é um exemplo disso, mas não é único (ver Caixa 5.3)

Colmatar a lacuna nos recursos humanos e nas infra-estruturas

Começa agora a ser disponibilizada informação sobre as infra-estruturas e os funcionários disponíveis para prestar este tipo de cuidados, mas ainda de forma muito fragmentada. No Bangladesh, no Benim, no Butão, no Chade, em Marrocos, na Nicarágua, no Níger, no Senegal e no Sri Lanka, por exemplo, após cinco anos de monitorização da adequação de cuidados de emergência, o quadro de dados é ainda confuso, notando-se, no entanto, que há uma consistente falta de cuidados de primeiro nível, na maioria dos contextos, e que as unidades de saúde estão distribuídas de modo inadequado (54–56). A situação varia muito de país para país, mas parece ser pior nos que, entre 1990 e 2002, apresentaram indicadores de estagnação ou de recuo.

O número de camas disponíveis nas maternidades de muitos países é muito inferior ao das necessidades e está desigualmente distribuído. O maior problema, no entanto, é a escassez de profissionais qualificados. Na Figura 5.7, que compara os pontos de referência acima enunciados com um inventário exaustivo, feito *in loco*, do pessoal existente nas unidades públicas e privadas, podem ser observados exemplos do grau de escassez dos recursos humanos. As lacunas mais pronunciadas, em todos os países, dizem respeito ao pessoal que tipicamente tem a seu cargo os cuidados maternos e neonatais de primeiro nível.

Será necessário tempo e dinheiro para colmatar todas estas lacunas: há falta de parteiras, sobretudo fora das capitais, e em muitos países a escassez está a tornar-se cada vez mais pronunciada. Também será necessário tempo e dinheiro para criar as infra-estruturas da rede de cuidados de saúde, tanto para os de primeiro nível como para os diferenciados. Esta necessidade faz-se sentir principalmente nos países da África Subsariana e noutros onde tem havido estagnação ou recuo quanto a indicadores.

Cenários para o alargamento

A OMS definiu cenários no sentido de colmatar estas lacunas em 75 países e de chegar o mais perto possível do acesso universal, no que se refere aos cuidados de primeiro nível e diferenciados em saúde materna e neonatal (os pormenores sobre estes

cenários e os custos associados podem ser consultados em: <http://www.who.int/whr>). Juntos, estes países incluem mais de 75% da população mundial, quase 90% de todos os nascimentos do mundo e aproximadamente 95% de todas as mortes maternas e neonatais. Actualmente, cerca de 43% dos nascimentos nestes países têm lugar em unidades de saúde, com assistência profissional, embora o grau de competências seja muito variável, e apenas um reduzido número de mães e crianças tenha acesso a todo o conjunto de intervenções de saúde materna e neonatal. Existe portanto uma agenda dupla, visando, por um lado, abranger todas as mães e todos os recém-nascidos e, por outro, melhorar a qualidade e a quantidade de intervenções disponíveis.

A velocidade do alargamento depende das circunstâncias específicas e das dificuldades que cada país enfrenta. É provável que seja mais lenta nos países que neste momento enfrentam os maiores desafios: os mais baixos índices de cobertura, sistemas de saúde frágeis e insuficientemente desenvolvidos, bem como circunstâncias desfavoráveis. Tendo em conta as circunstâncias específicas dos 75 países, parece realista garantir, em 12 países, o acesso à totalidade dos cuidados de primeiro nível e diferenciados a 95% das mães e recém-nascidos, até 2010, e fazer o mesmo noutros 18, até 2015. Todavia, para outro grupo de 25 países é pouco provável que a cobertura possa vir a aumentar para além dos 65%, até 2015, e que o acesso universal seja atingido antes de 2025; num quarto grupo de 20 países, onde a cobertura actual é mais baixa, as lacunas na oferta de serviços são mais sentidas, os sistemas de saúde são mais fracos e o ambiente é mais desfavorável, parece ser possível atingir os 50% em 2015, mas a cobertura universal poderá exigir mais 15 anos.

De acordo com estes cenários, a cobertura dos cuidados maternos e neonatais no conjunto dos 75 países aumentaria dos actuais 43% (com um pacote limitado de cuidados) para cerca de 73% (com o pacote completo de cuidados) em 2015. O quadro 5.1 mostra algumas das implicações deste processo na quantidade de recursos humanos e nas infra-estruturas para os cuidados de primeiro nível e diferenciados. Uma primeira estimativa do impacto possível deste alargamento sugere que haverá uma redução da mortalidade materna, nestes 75 países, de 485 (nível agregado de 2000) para 242, por 100 000 nascimentos, em 2015, e da mortalidade neonatal de 35, por mil nados-vivos, para 29, na mesma data.

Custos do alargamento

O custo da implementação destes cenários até 2015 está estimado em US\$ 39 biliões de dólares (US\$ 1 bilião em 2006, aumentando, à medida que a cobertura vai sendo alargada, para US\$ 6 biliões de dólares em 2015), valor a adicionar às despesas actuais com a saúde materna e neonatal. Isto, inicialmente, corresponde a cerca de US\$ 0.22 dólares anuais, por habitante, aumentando para US\$ 1.18, em 2015 (ver Figura 5.8; o detalhe da estimativa dos custos encontra-se na Caixa 5.4).

Deste investimento, 18% serviria para alargar o acesso a 50% nos 20 países que enfrentam os maiores desafios (o equivalente a US\$ 1.25 dólares anuais, por habitante); 17% nos 25 países que atingiriam 65% da cobertura (US\$ 0.87 dólares anuais, por habitante); 9% nos 18 países que poderão atingir 95% da cobertura em 2015 (US\$ 0.74 dólares anuais, por habitante); 56% nos 12 países que conseguirão atingir a cobertura total a partir de 2010 (US\$ 0.61 dólares anuais, por habitante). Esta despesa corresponde a um aumento da despesa pública na saúde, em comparação com os níveis actuais, de, respectivamente, 30%, 5%, 7% e 3% por ano.

O maior esforço é exigido aos países mais pobres e mais dependentes da ajuda de outros, embora as estimativas dos custos nesses países possam ser baixas em relação à realidade, já que reflectem os preços actuais do trabalho e dos produtos, que são muito mais baixos do que noutros locais. As autoridades nacionais e a comunidade internacional devem estar conscientes de que, se estes cenários forem implementados, os resultados obtidos serão mais lentos nos países onde se fazem os maiores esforços. Numa análise superficial isto pode parecer uma forma pouco eficaz de distribuir os recursos mundiais para a saúde materna e neonatal, mas trata-se de uma necessidade, tendo em conta que o objectivo é reduzir os fossos crescentes e caminhar em direcção aos ODM em todos os países do mundo.

Referências

1. Best practices: detecting and treating newborn asphyxia. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004 (<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>, acedido a 16 de Fevereiro de 2005).
2. Verhoeff FH, Le Cessie S, Kalanda BF, Kazembe PN, Broadhead RL, Brabin BJ. Post-neonatal infant mortality in Malawi: the importance of maternal health. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2004, 24:161–169.
3. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132: 661–666.
4. Godfrey KM, Barker DL. Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71(Supl.):1344S–1352S.
5. UNICEF/WHO. Low birthweight: country, regional and global estimates. Nova Iorque, NY, United Nations Children's Fund, 2004.
6. Caulfield L. Nutritional interventions in reducing perinatal and neonatal mortality. In: Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a meeting, Baltimore, MD, 10–12 May 1999. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, 1999 (Child Health Research Project Special Report, Vol. 3, No. 1).
7. Tinker A. Safe motherhood is a vital social and economic investment. Artigo apresentado em: Technical Consultation on Safe Motherhood, Safe Motherhood Inter-Agency Group, Colombo, Sri Lanka, 18–23 Outubro, 1997 (http://safemotherhood.org/resources/pdf/aa-06_invest.pdf, acedido a 15 de Fevereiro de 2004).
8. Lawn J, Zupan J, Knippenberg R. Newborn survival. In: Jamison D, Measham AR, Alleyne G, Breman J, Claeson M, Evans DB et al, eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd ed. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2005.
9. Masuy-Stroobant G. Infant health and child mortality in Europe: lessons from the past and challenges for the future. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. The Hague, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
10. Hall S. Neonatal mortality in developing countries: what can we learn from DHS data? Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2005 (Applications & Policy Working Paper, A05/02; <http://eprints.soton.ac.uk/14214>, acedido a 15 de Fevereiro de 2005).
11. Hill K, Pande R. The recent evolution of child mortality in the developing world. Arlington, VA, BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), 1997 (Current Issues in Child Survival Series).
12. Curtis S. An assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys. Calverton, MD, Macro International Inc., 1995 (Demographic and Health Surveys Occasional Paper, No. 3).
13. Reher D, Perez-Moreda V. Assessing change in historical context: childhood mortality patterns in Spain during demographic transition. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. The Hague, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.

14. Hanmer L, White H. Infant and child mortality in sub-Saharan Africa. Report to Sida. The Hague, Institute of Social Studies, 1999.
15. Simms C, Milimo JT, Bloom G. The reasons for the rise in childhood mortality during the 1980s in Zambia. Brighton, University of Sussex, Institute of Development Studies, 1998 (Working Paper 76).
16. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84:98–102.
17. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucci M, Naha N, Tarira E, Pietropolli A et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 34:289–294.
18. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1998, 105:836–848.
19. Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1256–1270.
20. Cornia A, Mwabu G. Health status and health policy in sub-Saharan Africa: a long-term perspective. Helsinki, United Nations University/World Institute for Development Economics Research, 1997.
21. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
22. Bulatao RA, Ross JA. Which health services reduce maternal mortality? Evidence for ratings of maternal health services. *Tropical Medicine & International Health*, 2003, 8:710–721.
23. Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality? *Studies in Family Planning*, 2000, 31:274–289.
24. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1309–1323.
25. Matthews Z, Ensor T, Amoako-Johnson F, Van Lerberghe W. socioeconomic and health system determinants of maternal, newborn and child mortality (artigo de fundo IMMPACT/WHO para The World Health Report não publicado).
26. Werner D, Sanders D. Questioning the solution: the politics of health care and child survival. Palo Alto, CA, Heathwrights, 1987.
27. Loudon I. Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950. Oxford, Clarendon Press, 1992.
28. MacFarlane A. Birth counts: statistics of pregnancy and child birth [CD-Rom]. Londres, The Stationery Office, 2000.
29. Mahy M. Childhood mortality in the developing world: a review of evidence from the Demographic and Health Surveys. Calverton, MD, Macro International Inc., 2003 (DHS Comparative Reports, No.4).
30. Inter-Agency Group on Safe Motherhood. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Relatório de the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 Outubro 1997, Colombo, Sri Lanka (http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e_action_agenda.PDF, acedido a 16 Fevereiro de 2005).
31. MacDonagh S. Creating synergies in maternal and neonatal health services. Londres, Department for International Development, 2003 (documento de trabalho Options, para DFID, não publicado).
32. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
33. Bautista LE. Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1997, 1:104–111.
34. Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/FCH/RHR/03.11).
35. O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1998, 3:9–14.

36. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. and MIRA. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
37. Maine D, McCarthy J, Ward V. Guidelines for monitoring progress in reduction of maternal mortality. Nova Iorque, NY, United Nations Children's Fund, 1992.
38. Van Lerberghe W, Laforêt Y. The role of the hospital in the district; delivering or supporting primary health care? *Current Concerns SHS Papers*, 1990:1–36.
39. Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P, Lallemand M. Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet*, 1998, 352:1525–1526.
40. Buekens P. Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17, 195–206.
41. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
42. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
43. Buekens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ*, 2003, 326:136.
44. Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77:951–960.
45. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth*, 2002, 29:28–39.
46. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 3:CD000081.
47. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 4: CD000015.
48. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 4: CD001808.
49. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. Labour pains and labour power, Londres, Zed Books, 1989.
50. Van Hollen C. Invoking vali: painful technologies of modern birth in south India. *Medical Anthropology Quarterly*, 2003, 17:49–77.
51. Bouvier-Colle MH, Prual A, de Bernis L et le groupe MOMA. Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack [Maternal mortality in West Africa. Results from a population-based survey in Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack]. Paris, Ministère des Affaires Étrangères – Coopération et Francophonie, 1998.
52. Ellis M, Manandhar N, Manandhar DS, Costello AM. Risk factors for neonatal encephalopathy in Kathmandu, Nepal, a developing country: unmatched case-control study. *BMJ*, 2000, 320:1229–1236.
53. Dujardin B, Boutsens M, De S, I, Kulker R, Manshande JP, Bailey J et al. Oxytocics in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 50:243–251.
54. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services in Morocco, Nicaragua and Sri Lanka. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 80:222–230.
55. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 77: 277–284.
56. Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 74:105–117.

