

# Cuidados continuados

Joseph de Graft-Johnson, Kate Kerber, Anne Tinker, Susan Otchere, Indira Narayanan, Rumishael Shoo, Doyin Oluwole, Joy Lawn

As mães, os recém-nascidos e as crianças são inseparáveis na vida e nas necessidades de cuidados de saúde. No passado, as políticas e programas materno-infantis tendiam a tratar das mães e das crianças separadamente, o que tinha como consequência a existência de lacunas nos cuidados de saúde que afectavam especialmente os bebés recém-nascidos. Como podem resolver-se estas lacunas, especialmente durante o parto e os primeiros dias de vida, que é quando a maioria das mães e dos recém-nascidos morrem em suas casas, em África?

As políticas e os programas estão a orientar a sua atenção para a prestação de cuidados continuados de saúde às mães, aos recém-nascidos e às crianças (SMNI). Em vez de se tratarem as mães ou as crianças de modo concorrencial, a atenção concentra-se agora na cobertura universal de intervenções eficazes que integram os cuidados de saúde ao longo de todo o ciclo de vida e que constituem um sistema de saúde completo e reactivo que responde às necessidades dos pacientes. É através de uma combinação de políticas e de estratégias bem definidas para se melhorarem as práticas de saúde ao domicílio e os cuidados prestados ao longo de toda a vida aos pacientes nos serviços de saúde que, com base em programas e pacotes já existentes, se podem criar serviços continuados de saúde e prestar aos utentes a assistência de que necessitam nos serviços de SMNI. Qual é a cobertura actual dos pacotes essenciais dos serviços de SMNI incluídos nos serviços de cuidados continuados, e de que modo podem eles ser melhorados para se aumentar a sua cobertura, a sua equidade e a sua qualidade? Que intervenções dos cuidados continuados de saúde poderiam salvar mais vidas de recém-nascidos? Será que existem oportunidades específicas que poderão ser aproveitadas?



## Os cuidados continuados de saúde - ir ao encontro das mães e dos bebês na ocasião certa e no lugar certo

Em África, a maior parte das mortes maternas e de recém-nascidos ocorre durante o parto e nos primeiros dias de vida, e muitas destas mortes ocorrem em casa, especialmente no que se refere aos 1,16 milhões de recém-nascidos africanos que morrem anualmente.<sup>1</sup> Esta secção trata dos serviços continuados de saúde que foram identificados como um princípio e uma estrutura nucleares de suporte a estratégias para salvar vidas de mães e de bebês e para promover a saúde global.<sup>2</sup> Os serviços continuados de saúde têm duas dimensões: em primeiro lugar a *ocasião* da prestação dos serviços, e em segundo lugar o *local* e o modo como se procede à assistência.

**O intervalo de tempo que, na ocasião do parto, decorre até à prestação dos serviços, quando os riscos são maiores para a mãe e para o bebé.** Durante o parto e os primeiros dias de vida ocorre mais de metade das mortes maternas<sup>3</sup> e de recém-nascidos<sup>1</sup>, além dos nados-mortos no período intraparto. Embora durante todo este período morram mais mães e recém-nascidos do que em qualquer outra ocasião, a cobertura de cuidados de saúde é menor, e também pode ser menor a sua qualidade.

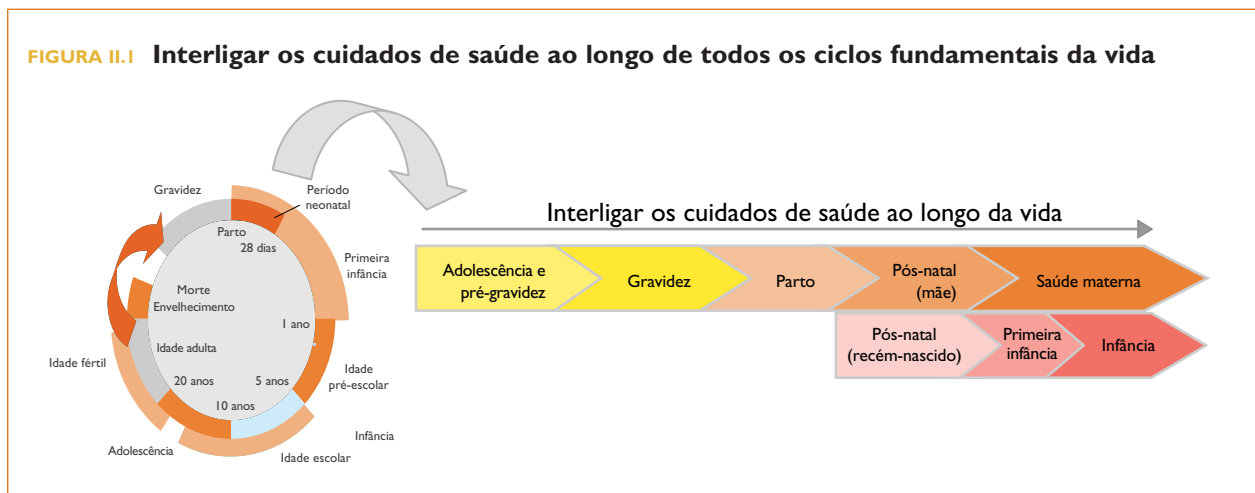
Os cuidados continuados de saúde eficazes interligam os pacotes essenciais de saúde materna, neonatal e infantil (SMNI), ao longo da adolescência, da gravidez, do parto, dos períodos pós-natal e neonatal, até à infância, e desenvolvem-se com base nas suas interações naturais ao longo de todo o ciclo de vida (Vide Figura II.1). Por exemplo, a existência de melhores condições para as adolescentes, incluindo o acesso a serviços de planeamento familiar, pode contribuir para uma gravidez desejada na altura certa; uma boa assistência durante a gravidez aumenta as probabilidades de um parto seguro; e serviços de saúde especializados durante e imediatamente após o nascimento reduzem o risco de morte ou de incapacidade, tanto em relação à mãe como em relação ao bebé. O efeito em cada período de tempo depende das condições existentes no período de tempo que o precede, garantindo que cada mulher e cada criança<sup>4</sup> passem por uma experiência de cuidados de saúde mais abrangente. A nível dos serviços de saúde pública, interligar estes pacotes e integrar a prestação de todos os cuidados de saúde tem como resultado um maior número de vidas salvas, e a menor custo, e um sistema de saúde mais integrado e eficiente.<sup>4</sup> A integração

ao longo dos serviços continuados de saúde possibilita também oportunidades de ligação com outros importantes programas existentes nesses serviços continuados, tais como a promoção da nutrição, além de com programas mais “verticais” como o da prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para filho (PTV), o do controlo da malária e o das vacinações.

**A inexistência de cuidados de saúde onde mais necessários são.** Na maioria dos países africanos, as mortes maternas, neonatais e infantis acontecem em casa, muitas vezes porque são causadas por atrasos em chegarem aos cuidados de saúde de que necessitam. Os bebês são especialmente vulneráveis a estes atrasos. Um bebé com asfixia à nascença, septicémia ou complicações de parto prematuro pode morrer dentro de poucas horas ou até minutos se lhe não foram prestados cuidados adequados. Podem não haver oportunidades de melhorar os cuidados em casa porque as famílias não estão informadas ou não têm competência para agir de acordo com opções criteriosas de saúde, ou então porque as condições socioeconómicas em que vivem impedem essas opções certas. As longas distâncias, os atrasos em chegar aos serviços, as considerações financeiras e, às vezes, os cuidados de saúde deficientes dos serviços de saúde, são factores que, todos eles, contribuem para os maus resultados dos serviços de SMNI. Comunicações deficientes e más ligações de referência entre as comunidades e os serviços podem limitar ainda mais os cuidados a prestar aos que deles mais necessitam.

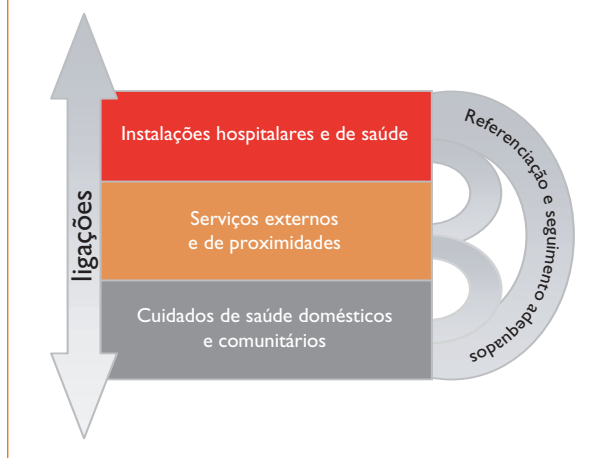
Os cuidados continuados de saúde eficazes reforçam os laços entre os domicílios, os serviços de proximidade (centros de saúde), e os hospitais, garantindo assim que existam cuidados adequados em cada local. (Vide Figura II.2). Esta é a segunda dimensão de um serviço de cuidados continuados de saúde. As estratégias apropriadas envolvem a melhoria das capacidades do pessoal de saúde, o reforço dos apoios do sistema de saúde e a melhoria das práticas de saúde domésticas e comunitárias, assim como acções comunitárias em prol da saúde. Esta metodologia também aproxima das habitações os cuidados de saúde, através de serviços de apoio domiciliário e promove o encaminhamento para os hospitais da área ao melhorar o acesso a esses hospitais e ao melhorar a qualidade dos serviços nas instalações periféricas e de nível distrital.<sup>7</sup> Combinar cuidados de saúde eficazes nos serviços de saúde e comportamentos saudáveis em casa, com a procura rápida de serviços de saúde em caso de doença, terá o maior impacto sobre a saúde das mães, dos recém-nascidos e das crianças.

**FIGURA II.1 Interligar os cuidados de saúde ao longo de todos os ciclos fundamentais da vida**



Fonte: Adaptado das referências<sup>5,6</sup>

**FIGURA II.2** Como interligar os locais com os métodos de cuidados de saúde



Fonte: Adaptado da referência<sup>4</sup>

Estas duas dimensões dos cuidados continuados dos serviços de SMNI estão agora a servir de orientação na concepção de programas eficazes; em primeiro lugar, ao prestarem uma continuidade de serviços de saúde ao longo da vida, desde a adolescência, durante a gravidez e durante o parto, e prosseguindo pelos cuidados pós-natais e pela infância. Em segundo lugar, ao tratar os cuidados de saúde como uma prática contínua que abrange o domicílio, o centro de saúde e o hospital.<sup>2,7,8</sup> O que pode parecer um conceito novo é na verdade a integração de muitas metodologias anteriores, incluindo a revitalização da metodologia vitalícia promovida nos anos 90, e a ligação do conceito de cuidados primários de saúde dos anos 70, com a visão original da reforma dos sistemas de saúde dos anos 80, em que a comunidade era encarada como uma parte fundamental de um sistema de saúde holístico. Se bem que os serviços continuados de saúde não sejam um conceito novo, as metodologias de como os tornar operacionais no contexto dos diversos programas estão a evoluir e irão modificar-se à medida que se vai ganhando experiência.

O resto desta secção continuará a examinar os pacotes dos serviços de SMNI dos cuidados continuados de saúde, salientando as intervenções essenciais incluídas nestes pacotes que possam salvar vidas de recém-nascidos. A fim de melhorar os cuidados continuados de saúde é necessária uma abordagem estratégica para rever a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde ao longo de toda a vida e a todos os níveis desses serviços, sublinhando-se a necessidade de ligações eficazes entre as comunidades e os serviços. Será que algumas intervenções podem ser prestadas a diversos níveis dos cuidados de saúde a fim de que alcancem mais mulheres, bebés e crianças? A cobertura completa e equitativa de cuidados essenciais exigirá um ambiente político favorável em que sejam tomadas medidas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde e ao apoio financeiro, para introduzir e fazer cumprir medidas legais e regulamentares destinadas a proteger os direitos das mulheres e das crianças, e para melhorar as parcerias, assim como para ampliar e promover a formação profissional do pessoal existente.<sup>9</sup> As medidas a tomar para implementar uma estratégia de melhoria dos cuidados continuados de saúde e os estudos de casos de experiências de alguns países na melhoria dos serviços serão apresentados em pormenor na Secção IV.

## Salvar as vidas dos recém-nascidos por meio de cuidados continuados de saúde

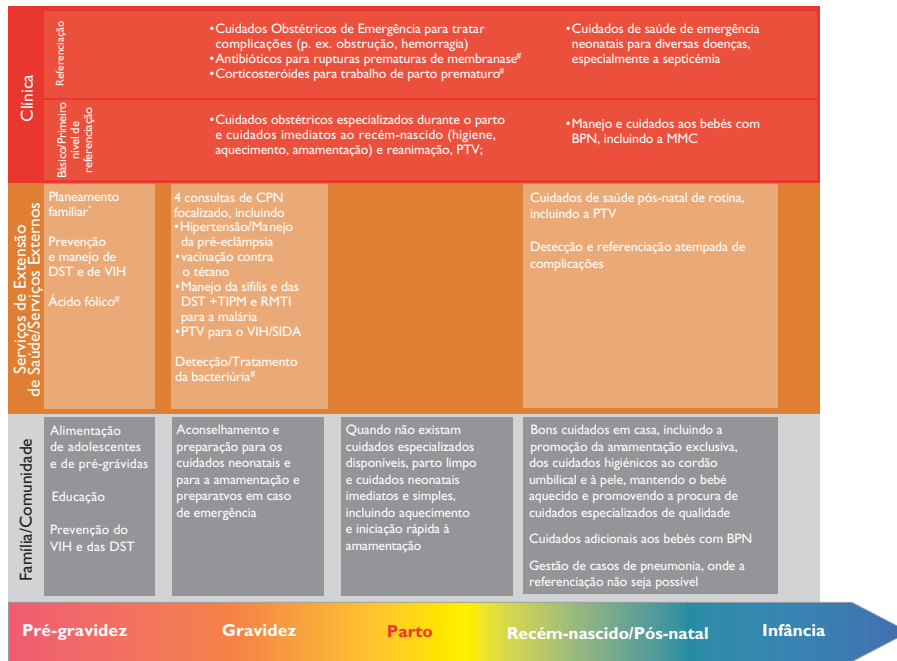
A saúde dos recém-nascidos é um indicador sensível de serviços continuados de saúde funcionais porque a saúde dos bebés depende de boas ligações entre os programas de saúde materno-infantil, e de minimizar atrasos na assistência prestada a complicações durante o parto e aos bebés doentes. Tal como se descreve no “*World Health Report 2005*”, o desafio fundamental que se lança aos serviços de SMNI não é obter equipamento e tecnologia cara, mas sim instalar um sistema de saúde com cuidados continuados durante a gravidez, prestar cuidados especializados durante o parto, e prestar assistência ao domicílio à mãe e ao recém-nascido.<sup>2</sup> Uma análise recente publicada na série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência<sup>10</sup> das crianças, a sobrevivência dos recém-nascidos<sup>11</sup> e a saúde materna<sup>12</sup> revelou factos baseados na experiência que confirmam quais são as intervenções essenciais que salvam as vidas das mães, dos bebés e das crianças. A série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos listou 16 intervenções que comprovadamente diminuem as mortes de recém-nascidos, nenhuma das quais requer cuidados intensivos de alta tecnologia. Todas estas intervenções são altamente eficazes em termos de custos e, quando prestadas sob a forma de pacotes nos serviços de cuidados continuados de saúde, são intervenções consideradas das mais eficazes em termos de custo e que estão disponíveis nos serviços de saúde a nível internacional.<sup>11,13</sup>

Os recursos limitados dos sistemas de saúde exigem que a cada período de um ciclo de vida, e relativamente a modos diversos de prestação dos serviços, se apliquem pacotes integrados de intervenções baseadas em evidências.<sup>14</sup> A Figura II.3 apresenta um panorama das intervenções baseadas em evidências para redução das mortes e das deficiências neonatais, inseridas em pacotes que já fazem parte dos sistemas de saúde de muitos países. Esta figura inclui intervenções em relação às quais há evidências, embora nem todas se reflectam necessariamente nas políticas globais de saúde pública. Deve notar-se também que certas intervenções, como os cuidados de saúde adicionais prestados nos casos de bebés com baixo peso à nascença (BPN), podem ser adaptadas a todos os níveis dos sistemas de saúde. Embora as atenções se concentrem aqui no recém-nascido, quase todas estas intervenções podem também beneficiar as crianças mais velhas.

### Quantas vidas de recém-nascidos podem ser salvas por meio de uma elevada cobertura de intervenções essenciais, e quanto custaria isso?

De acordo com uma nova análise realizada para esta publicação, baseada numa metodologia utilizada na série sobre a sobrevivência dos recém-nascidos da revista *The Lancet*,<sup>11</sup> poderia evitar-se a morte de até 67 por cento de recém-nascidos da África Sub-Sahariana se existisse uma elevada cobertura de cuidados de saúde. (Para mais informações sobre os dados usados nesta análise, vide as notas da página 226). A Secção I descreveu o potencial de salvação de vidas de bebés que morrem devido às mais importantes causas de morte se um maior número de mães e bebés tivessem acesso a cuidados de saúde, e a Figura II.4 representa os dois serviços continuados de saúde inter-relacionados e o número acrescido de vidas que poderiam ser salvas se todos os pacotes essenciais de saúde abrangessem 90 por cento das mulheres e dos bebés. Pode salvar-se um máximo de até 390 000 vidas de recém-nascidos adicionais por meio de uma elevada cobertura de cuidados de saúde especializados durante o parto, e 310 000 por meio de

**FIGURA II.3** Intervenções que diminuem o número de mortes neonatais no âmbito dos cuidados continuados de saúde



Fonte: Adaptado das referências<sup>11;14;18;19</sup>

\*. Evidências publicadas desde a série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência dos recém-nascidos revelam que há uma diminuição da mortalidade e da morbilidade dos recém-nascidos devido ao espaçamento dos partos<sup>15;16</sup>

+ . Uma análise de Cochrane revela que para a saúde neonatal<sup>17</sup> há vantagens significativas devidas ao uso de materiais tratados com insecticidas

#. Intervenções adicionais mais complexas de implementar e que se tornam mais vantajosas em termos de custo-benefício com um sistema de saúde mais eficaz e com uma taxa de mortalidade neonatal mais baixa

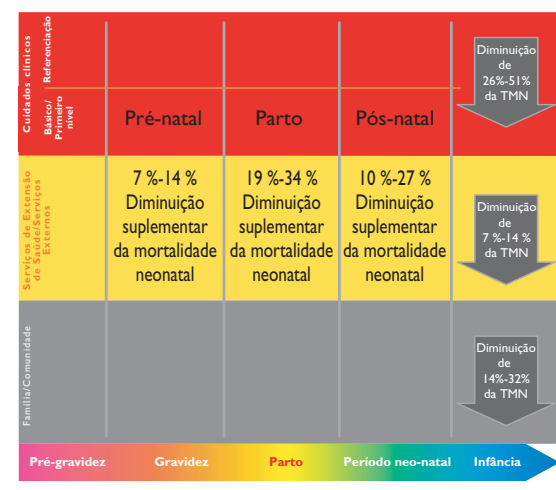
Siglas:  
MMC = Método Mãe Canguru  
CPN = Controlo Pré-Natal  
TIPMG = Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez  
MTI = Mosquiteiros Tratados com Insecticida  
PIN = Peso Insuficiente à Nascimento

cuidados de saúde pós-natais. Os cuidados pré-natais com elevada cobertura de Controlo Pré-Natal (CPN), incluindo um pacote focalizado de intervenções, podem salvar as vidas de mais 160 000 recém-nascidos. Se bem que o CPN tenha um menor impacto na mortalidade materna e dos recém-nascidos quando comparado com os cuidados prestados durante o parto e com os Controlos Pós-Natais (CpósN), isso não significa que a sua prioridade deva ser inferior. O baixo impacto adicional pode ser explicado devido a que a cobertura actual na maior parte dos países da África Sub-Sahariana já é superior em comparação com outros pacotes e por isso a diferença de cobertura dos níveis actuais para o indicador de cobertura de 90 por cento é muito menor.<sup>14</sup> Além disso, os benefícios do CPN são muito maiores do que os obtidos apenas com a diminuição da mortalidade. O CPN é um factor crucial dos serviços de saúde formais e os programas eficazes proporcionados através dele irão aumentar o impacto e a eficácia dos cuidados de saúde durante o parto e durante o CpósN.

O número de vidas que se podem salvar varia também de acordo com o nível dos cuidados de saúde prestados. A assistência clínica especializada, incluindo os cuidados de obstetrícia e a assistência à saúde prestada aos recém-nascidos doentes nas próprias instalações dos serviços tem os impactos mais elevados, traduzindo-se numa diminuição de 51 por cento na taxa de mortalidade neonatal (TMN), e conseguindo-se assim salvar mais 590 000 vidas. A elevada cobertura dos cuidados de saúde ao domicílio e a assistência prestada aos doentes externos através de cuidados pré-natais salvaria mais uns 160 000 bebés. Com comportamentos domésticos simples que incluíssem a preparação para o parto, a amamentação, manter o bebé aquecido e a higiene, poderão salvar-se mais 104 000 vidas. Melhorar os cuidados clínicos nas instalações dos serviços de saúde às mães e aos bebés é fundamental, mas não é um processo rápido. Entretanto, muito se pode conseguir ao nível comunitário ao caminhar-se no sentido da criação de serviços de saúde materno-infantis e de recém-nascidos, integrados e eficientes (SMNI).

Para calcular os custos das intervenções essenciais a prestar aos recém-nascidos utilizou-se uma metodologia criada para a série da revista *The Lancet* sobre a sobrevivência das crianças<sup>20</sup> e que é utilizada na série 11 sobre a sobrevivência dos recém-nascidos. O método de cálculo dos custos incluiu o tempo despendido, os medicamentos, o acompanhamento e os custos amortizados das instalações (com base no modelo WHO CHOICE<sup>21</sup>) necessários para aplicar estes pacotes, mas não incluiu os custos de construção de novas instalações ou os da formação profissional de um grande número de novas parteiras, de médicos e de trabalhadores

**FIGURA II.4** Como e quando salvar a maioria das vidas dos recém-nascidos: estimativas de mortes neonatais que seria possível evitar se as intervenções essenciais de saúde sobre os recém-nascidos alcançassem 90 por cento das mulheres e dos bebés



Fonte: Adaptado das referências<sup>11;14;18;19</sup> Vide notas aos dados na página 226 para mais informações sobre a análise de impacto utilizada nesta publicação.



comunitários. (Para mais informações vide notas sobre os dados na página 226). Os países africanos já estão a despendem em média, 0,58 cêntimos de dólar *per capita*, com a totalidade do pacote destas intervenções. Para dar cobertura a 90 por cento do CPN e do CpósN, são apenas necessários, respectivamente, mais 0,20 cêntimos de dólar, e 0,29 cêntimos *per capita*. A assistência durante o parto, que tem o maior potencial para salvar vidas, é compreensivelmente o mais dispendioso dos três pacotes, custando mais 0,76 dólares *per capita*. São necessários mais mil milhões de dólares para prestar a assistência incluída em todos os pacotes essenciais a 90 por cento das mulheres e dos bebés, o que representa um custo total *per capita* de 1,39 dólares. A maior parte do preço total de referência serve para apoiar pacotes e intervenções que também beneficiariam mães e crianças e para minorar as incapacidades de longo prazo, e assim melhorar a saúde global.<sup>22,23</sup> Além das considerações de carácter financeiro, são necessárias orientações que especifiquem as competências necessárias, os recursos humanos e os materiais e infra-estruturas essenciais para a introdução de melhorias eficazes que salvem a vida dos recém-nascidos.<sup>24</sup> (Vide Secção IV).

Como podem as estimativas de vidas salvas e de custos necessários para melhorar a saúde ajudar-nos a melhorar as ligações durante períodos de tempo críticos e a integrar a prestação de serviços ao nível das instalações e das comunidades? Que lacunas na assistência à saúde devem ser resolvidas a fim de se alcançarem os que ainda não são abrangidos? A parte restante desta secção apresentará um panorama da cobertura actual da assistência neonatal incluída nos programas, assim como das oportunidades de melhoria e de integração de serviços nas duas dimensões dos serviços continuados de saúde - altura em que esses serviços são prestados e respectivo local.

### Criação e desenvolvimento sistemático, ao longo do tempo, de serviços continuados de saúde

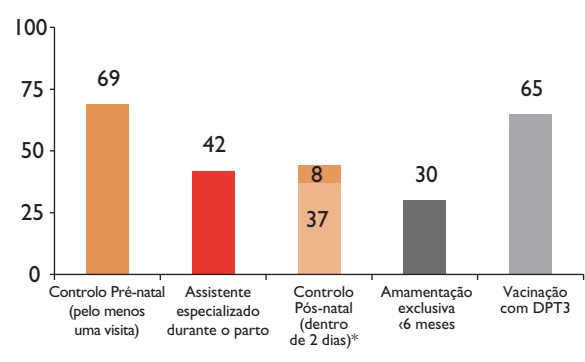
Em todos os países há reivindicações conflituosas para investimentos na saúde a nível nacional. Os serviços de SMNI, como estrutura fundamental do sistema de saúde exigem investimentos substanciais, mas muitas vezes apenas conseguem obter o que sobra dos programas “verticais” de maiores dimensões.

No passado, os programas dos serviços de SMNI optaram por excluir algumas vigas mestras dos cuidados continuados de saúde.<sup>25</sup> Os programas, por exemplo, centravam-se apenas na formação profissional do pessoal tradicional de assistência aos partos e não na criação de ligações com os serviços de saúde, ou na melhoria da qualidade desses serviços, enquanto outros se centravam exclusivamente na melhoria das intervenções dos serviços de saúde, negligenciando as mulheres e o envolvimento comunitário na saúde. Não é preciso “optar” entre saúde comunitária e serviços clínicos - ambos são necessários. As instalações dos serviços de saúde são necessárias para prestar serviços e a comunidade é necessária para divulgar comportamentos domésticos saudáveis e para exigir os serviços de que necessita. Do mesmo modo, não é necessário “optar” entre CPN, assistência durante o parto e CpósN. Em vez de lançar apelos concorrenciais para diversos pacotes ou programas, os cuidados continuados de saúde centram a sua atenção na ampla cobertura de intervenções eficazes dos serviços de SMNI e na integração - uma exigência fundamental para as mães, para os bebés, para as crianças e para as melhorias a introduzir no sistema de saúde. Para atingir a maior diminuição possível nas mortes e as maiores melhorias na saúde, todos estes pacotes devem abranger as mulheres e as crianças no nível e no período de tempo adequados.

Por isso, o objectivo é conseguir que todos os pacotes dos serviços de SMNI atinjam uma elevada qualidade e uma elevada cobertura em vez de se optar entre cada um desses pacotes. O ritmo a que cada um dos pacotes pode ser melhorado dependerá das capacidades de cada país e será determinado pelos inputs e pelos recursos necessários para aumentar as capacidades dos recursos humanos e os apoios ao sistema de saúde. À medida que aumenta a cobertura das intervenções essenciais, aumenta a qualidade e diminui a mortalidade, e altera-se o rácio custos-benefícios para intervenções mais complexas, tornando-se justificável e viável incorporar intervenções mais complexas.

Embora a maioria dos pacotes de SMNI tenha sido bem descrita desde há décadas, muitos deles têm reduzidos níveis de cobertura em África, com excepção de 69 por cento de mulheres grávidas que são atendidas em pelo menos uma consulta de CPN. (Figura II.5) Só 42 por cento de mulheres, em média, têm acesso a um especialista durante o parto, e embora haja poucos dados disponíveis, uma pequena proporção tem acesso aos CpósN na primeira semana após o parto.<sup>26</sup> Nesta ocasião crucial é que aumentam as desigualdades, quando os 20 por cento de mulheres mais ricas destes países têm três vezes mais probabilidades de beneficiarem de assistência médica especializada durante o parto do que os 20 por cento de mulheres mais pobres. (Caixa II.1) São também pouco frequentes certos hábitos fundamentais que se costumam praticar logo no início do período pós-natal, como por exemplo a amamentação. Em África, menos de um terço dos bebés com menos de 6 meses são amamentados exclusivamente pelas suas mães. Apesar de estes hábitos de amamentação exclusiva serem altamente eficazes, ainda necessitam de promoção e de apoio, particularmente em locais com elevada prevalência de VIH. É possível aproveitar o elevado nível de contacto com o sistema de saúde durante a gravidez e a infância, para aumentar a cobertura da assistência aos partos e a do CpósN, etc., através dos cuidados continuados de saúde. Também é possível estreitar o fosso que existe entre ricos e pobres no que diz respeito ao acesso aos serviços de SMNI.

**FIGURA II.5 Percentagem da cobertura de intervenções essenciais ao longo dos cuidados continuados de saúde na África Sub-Sahariana**



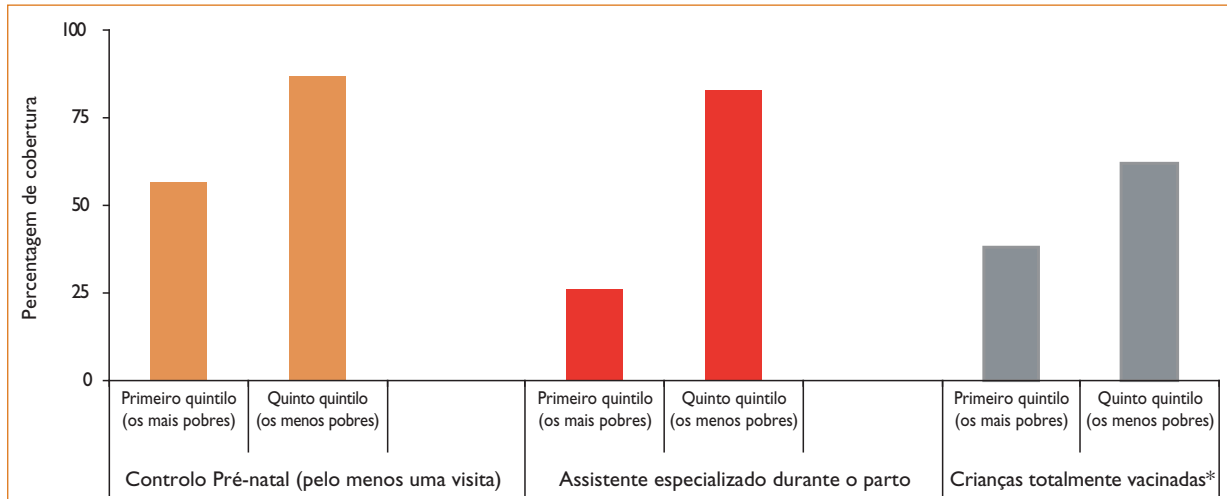
\*Controlo Pós-natal: A definição habitual de CPósN nos Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS) parte do princípio de que todos os partos que ocorrem nos serviços de saúde beneficiaram de controlo pós-natal. Os dados do CPósN aqui representados referem-se a mulheres cujo parto mais recente ocorreu fora de um serviço de saúde (63% de todos os partos) e que beneficiaram de um check up pós-natal dentro dos primeiros 2 dias e são dados de um IDS de 1998-2005. Para mais pormenores vide notas aos dados na página 226.

^DPT3 refere-se à percentagem de crianças na primeira infância que receberam três doses de vacinas contra a difteria, a tosse convulsa e o tétano (vacina triplíce) Fontes: CPN, assistência especializada durante o parto, amamentação exclusiva <6 meses, vacinação DPT3 são dados da referência<sup>26</sup> e de IDS publicados mais recentemente. Os dados da CPósN provêm de IDS de 1998-2005. Os perfis dos países fornecem, para cada país, mais informações relativas à cobertura e à equidade ao longo dos cuidados continuados de saúde

## CAIXA II.1 Poderão os cuidados continuados de saúde abranger até as mães e os bebês mais pobres?

A definição amplamente aceite de equidade nos serviços de saúde sugere que o acesso a esses serviços deve corresponder à necessidade que os utentes têm deles<sup>27</sup>. Contudo, a cobertura de intervenções essenciais é muitas vezes menor nos locais onde as vidas correm os maiores riscos. Há um grande fosso entre os ricos e os pobres, tanto no acesso aos serviços, como na qualidade dos serviços prestados. Certos dados provenientes de várias fontes indicam que existem disparidades significativas nos serviços de SMNI entre ricos e pobres, entre população urbana e rural e, nalguns casos, entre etnias.

### Cobertura, ao longo dos cuidados continuados de saúde, dos quintilos relativos aos mais pobres e aos mais ricos em 30 países africanos



\*Crianças completamente vacinadas refere-se à percentagem de crianças com 12-23 meses que receberam BCG, três doses de DPT, três doses de vacina contra a poliomielite (excluindo a dose dada pouco depois do parto) e a vacina contra o sarampo em qualquer ocasião antes do IDS.

Fonte: Análise de dados de IDS baseada em 30 conjuntos de dados de IDS da África Sub-Sahariana, 1994-2005

Os serviços e intervenções cuja prestação não é tão complexa e que são prestados a baixo custo, tendem a apresentar menores disparidades entre ricos e pobres. Por exemplo, em média há uma disparidade tripla relativamente ao recurso a pessoal especializado durante o parto entre as 20 por cento de mulheres mais ricas, em comparação com as mais pobres, enquanto relativamente às crianças completamente vacinadas, a diferença é de menos do dobro, e a disparidade no acesso a pelo menos uma consulta pré-natal é ainda menor. O local do parto está estreitamente relacionado com o estatuto socioeconómico porque as famílias mais ricas podem suportar os custos directos e indirectos associados ao parto em serviços de saúde. Esta situação corresponde a taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil que são muito superiores entre os pobres.<sup>28</sup> Quando são introduzidas novas intervenções nos sistemas de saúde, os ricos têm geralmente mais oportunidades de beneficiar delas e há um risco de aumento de desigualdades.<sup>29</sup> Melhorar os cuidados continuados de saúde tem de ser acompanhado de protecção contra os factores que excluem as mulheres marginalizadas e os seus bebês do acesso a esses cuidados de saúde quando mais necessitam deles. (Vide Secção IV)

### A cobertura é baixa, mas há muitas possibilidades de melhorar os cuidados continuados de saúde: pacotes e programas ao longo da vida

Apresenta-se abaixo uma breve descrição da situação actual relativamente aos pacotes essenciais e aos programas com eles relacionados que estão incluídos nos serviços de cuidados continuados de SMNI. Os nove capítulos da Secção III tratam da cobertura e das tendências actuais com mais pormenor, e apresentam as oportunidades, as dificuldades, os estudos de casos e as medidas práticas a adoptar para se melhorarem e integrem os cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos.

#### Assistência na pré-gravidez (Vide a Secção III, capítulo 1)

O bem-estar das mulheres e das raparigas está estreitamente relacionado com a educação, a alimentação e os serviços de saúde que lhes são prestados ao longo da vida. O início precoce da actividade sexual combinado com gravidezes não desejadas na adolescência tem consequências graves para a saúde das mulheres e dos seus bebês. Muitas raparigas africanas são subalimentadas, têm pouca instrução, e sofrem desde muito jovens violências e mutilações genitais relacionadas com o seu género. É frequente que estas raparigas se casem cedo, que tenham acesso limitado aos serviços de saúde e um poder limitado de tomar decisões, incluindo a de determinar o número e o espaçamento entre o nascimento de outros filhos. Diz-se que as mulheres que prefeririam adiar ou evitar a gravidez e que não usam contraceptivos têm uma “necessidade não atendida” de planeamento familiar. Na África

Sub-Sahariana, só 15 por cento das mulheres casadas ou em união de facto utilizam métodos modernos de planeamento familiar e 63 por cento não têm acesso a esse planeamento.<sup>30,31</sup> A contracepção, quando bem praticada, é uma intervenção eficaz em termos de custo-benefício, que salva vidas e melhora a saúde infantil, mas que não está ao alcance de muitas mulheres africanas.

#### **Controlo Pré-Natal (Vide Secção III, capítulos 2, 7 e 8)**

A cobertura de pelo menos uma consulta pré-natal é relativamente alta na África Sub-Sahariana, atingindo o valor de 69 por cento em comparação com os 54 por cento do Sul da Ásia.<sup>26</sup> Este facto significa que é possível melhorarem-se os serviços de SMNI praticando intervenções essenciais durante as consultas pré-natais de rotina. Na África Sub-Sahariana, as mortes de recém-nascidos causadas por tétano foram reduzidas a metade durante os anos 90, em parte devido às vacinações com toxóide tetânico. Este progresso é bem nítido e tem como suporte comunicações e redes de apoio eficazes. Contudo, faltam algumas das condições para a integração de intervenções essenciais nos serviços de CPN devido a falta de informações e à existência de redes de aprovisionamento inadequadas. Identificar e tratar mulheres grávidas com sífilis é um exemplo disso. Em muitos países é de norma praticar testes nas mulheres para detecção da sífilis, mas muitas vezes faltam os materiais necessários.<sup>32</sup> Dois outros exemplos de intervenções destinadas à saúde dos recém-nascidos que se adaptam bem ao CPN são os serviços de PTV para o VIH/SIDA e para a prevenção da malária através da promoção das redes mosquiteiras tratadas com insecticida (RMTI) e do tratamento intermitente preventivo da malária durante a gravidez (TIPMG). A preparação para o parto e para as emergências médicas é igualmente uma componente importante do Controlo Pré-Natal.

Se bem que o grau de cobertura de pelo menos uma consulta de CPN seja elevado, o grau de cobertura de quatro consultas especializadas é muito inferior e não é inventariado com regularidade. Contudo, é importante obter estas informações porque a eficácia de certas intervenções, como a administração de suplementos de ferro e de ácido fólico, a vacinação por meio de toxóides tetânicos, os testes e os tratamentos da sífilis, o aconselhamento sobre a nutrição materna e infantil e o TIPMG dependem de mais do que uma consulta pré-natal.

#### **Assistência ao parto (Vide Secção III capítulo 3)**

A disponibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde especializados durante o parto e imediatamente após o parto é uma determinante importante da sobrevivência e da saúde tanto das mães como dos bebés. Todos os anos, 18 milhões de mulheres africanas dão à luz em casa sem assistência médica especializada e com sistemas de transporte deficientes para se dirigirem a um serviço de saúde se surgirem complicações. A cobertura média dos partos com assistência especializada pouco se modificou na região africana na última década. Os cuidados obstétricos de emergência (COE) são solicitados por cerca de 15 por cento das mulheres grávidas, mas a cobertura é baixa. Uma série de inquéritos em mais de vinte países africanos sugere que menos de um terço das mulheres grávidas que disso necessitam beneficiam de COE.

#### **Controlo Pós-Natal (Vide Secção III, capítulo 4)**

Uma boa assistência durante o período pós-natal, tanto em casa como através de ligações fortes aos serviços de saúde, é crucial para reduzir as mortes maternas e dos recém-nascidos e pode ajudar como suporte ao início de comportamentos saudáveis que podem ter efeitos benéficos duradouros. De acordo com dados de IDS relativos a 21 países africanos sub-saharianos, só 13 por cento das mulheres que dão à luz em casa beneficiam de CpósN para

si próprias e para os seus bebés dentro do prazo de três dias após o parto. Mesmo quando se aceitam os dados dos IDS, segundo os quais todas as mulheres que dão à luz num serviço de saúde beneficiam de CpósN, a verdade é que menos de metade das mulheres e dos recém-nascidos beneficiam de assistência durante esse período crucial. Há muita falta de dados para servirem de base a programas e estratégias para este serviço e não há consenso internacional para a definição de um pacote pós-natal e para os indicadores de monitorização do controlo pós-natal. As informações disponíveis acerca da qualidade do CpósN são limitadas porque se admite que todos os bebés nascidos num serviço de saúde beneficiam de controlo pós-natal, e devido a questões relativas a quando e onde o CpósN deverá ocorrer e quem deverá prestá-lo.

#### **Amamentação precoce e exclusiva (Vide Secção III, capítulo 6)**

A iniciação precoce da amamentação e da amamentação exclusiva até aos 6 meses não só influencia a sobrevivência após o primeiro mês de vida como também tem um impacto directo sobre a saúde dos recém-nascidos.<sup>33</sup> A amamentação feita do modo mais correcto possível é uma das acções essenciais de nutrição mais fáceis de pôr em prática e necessita de apoio para a modificação de hábitos comportamentais em casa e nas instalações dos serviços de saúde. Contudo, compreender e implementar práticas de alimentação óptimas depende muitas vezes do acesso a serviços destinados aos bebés no período crítico de tempo que se segue ao parto. Só 30 por cento dos bebés com menos de 6 meses nos países africanos sub-saharianos são alimentados exclusivamente ao peito e só cerca de 42 por cento começam a ser amamentados uma hora após o parto.<sup>26</sup> As práticas de amamentação podem ser melhoradas, mas a escassez da divulgação de informações nas ocasiões fundamentais, assim como as barreiras ao fornecimento de apoio necessário terão de ser ultrapassadas.

#### **Atenção Integrada às Doenças da Infância (Vide Secção III capítulo 5)**

A estratégia da AIDI foi concebida para reduzir a morbilidade e a mortalidade nos países em desenvolvimento através da melhoria das competências dos profissionais de saúde para a gestão de casos, da melhoria do sistema de saúde e do apoio prestado às famílias e às comunidades para que cuidem melhor das crianças doentes. A AIDI proporciona uma oportunidade importante de integração dos cuidados de saúde aos recém-nascidos nas instalações dos serviços de saúde. Mais de 40 países da África Sub-Sahariana encontram-se neste momento em fases diversas da introdução e da implementação da AIDI, pelo menos 20 países possuem um plano estratégico global para a AIDI e 14 países já possuem uma cobertura de mais de 50%. A AIDI proporciona uma importante oportunidade de integração, à escala apropriada, dos cuidados de saúde para os recém-nascidos. Se bem que as actuais normas da AIDI recomendadas pela OMS não incluam o manejo dos recém-nascidos doentes durante a primeira semana de vida, alguns países africanos, como o Malawi e a Etiópia, já deram início ao processo de adaptação.

#### **Programas de vacinação (Vide Secção III, capítulo 9)**

O Programa Alargado de Vacinação (PAV) tem por objectivo aumentar a cobertura das vacinas proporcionadas rotineiramente às mães e às crianças. O programa implica uma boa gestão, mas continua a ser acessível pela utilização de tecnologias relativamente simples de aplicar. O resultado é uma taxa de cobertura mais ampla e com menores desigualdades: 76 por cento das crianças com um ano de idade são vacinadas com BCG e 65 por cento receberam três doses de DPT (vacina tríplice).<sup>26</sup> Se bem que abrangia fundamentalmente bebés e crianças mais velhas, o PAV

poderia ter também um impacto positivo na sobrevivência dos recém-nascidos. Os esforços desenvolvidos para erradicar o tétano materno e neonatal afectam directamente a taxa de mortalidade neonatal, e o PAV, como grande programa vertical, com estruturas alargadas, dispõe de diversos postos para intervenções destinadas a melhorar a sobrevivência dos recém-nascidos. Quase 60 por cento dos recém-nascidos africanos nascem protegidos contra o tétano<sup>26</sup> e desde Janeiro de 2006, sete países da região já tinham erradicado o tétano materno e neonatal.<sup>34</sup> Ainda há espaço para a integração de mais intervenções destinadas aos recém-nascidos e os esforços de mobilização social do PAV podem ser utilizados para gerar uma procura destes serviços e para procurar obter apoios estratégicos, técnicos e financeiros para os cuidados de saúde a prestar-lhes.

### CAIXA II.2 Princípios fundamentais para ligar os cuidados de saúde prestados no domicílio, com os cuidados prestados no hospital, e vice-versa

- Comportamentos domésticos: Trabalhar com as mulheres, as famílias e os membros da comunidade para melhorar a assistência prestada no domicílio, para tomar decisões acerca de onde procurar cuidados de saúde, e para estar activamente envolvido na concepção, na implementação e na avaliação dos programas de SMNI (incluindo os transportes de emergência e os planos financeiros) assim como para negociar e implementar comportamentos saudáveis
- Melhoria dos sistemas de saúde: afectar recursos e esforços para melhorar os sistemas de saúde
- Parcerias entre o domicílio e os serviços de saúde: melhorar a comunicação entre as mulheres, as famílias, os líderes comunitários, os profissionais de saúde, os gestores de programas, as organizações não governamentais, os doadores, o governo local e o Ministério da Saúde, para melhorar e controlar a prestação de serviços e ser responsável pela melhoria da qualidade dos serviços prestados
- Ligações entre o domicílio e os serviços de saúde: Aproveitar a mobilização comunitária e outros métodos para conseguir vias de comunicação (e.g. rádios, telemóveis) e sistemas operacionais de referência (e.g. equipas de maqueiros, cooperativas de transportes e residências especializadas para parturientes, junto aos hospitais, onde elas aguardem até serem para lá transportadas (Maternity waiting homes)
- Promover a responsabilidade local para resolver lacunas da assistência à saúde (e.g. mulheres em trabalho de parto que morrem a caminho do hospital) e para partilhar êxitos (e.g. reuniões de auditoria para abordar assuntos relativos aos membros da comunidade, às mães e aos recém-nascidos, com a comparência de profissionais de saúde)

Fonte: Adaptado das referências<sup>7,35</sup>

### Como ligar o domicílio aos serviços continuados de saúde do hospital: levar a assistência médica às famílias e as famílias à assistência médica

A dimensão “localização” do sistema de cuidados continuados de saúde exige que se liguem as intervenções praticadas em casa e na comunidade, aos serviços clínicos de qualidade das unidades de saúde primárias que, por sua vez, possuem fortes ligações com um hospital distrital. Criar ou reforçar estes laços poderá promover um diálogo interactivo que resulte numa maior utilização dos serviços. Estas ligações irão também garantir que as mulheres e os recém-nascidos com complicações sejam referenciados em devido tempo aos serviços de saúde competentes e que recebam cuidados adequados que melhorem a sua taxa de sobrevivência. (Vide Caixa II.2).

### Possibilidades que a casa e a comunidade proporcionam

A casa e a comunidade são os pontos de partida da dimensão SMNI dos cuidados continuados de saúde, no que se refere à localização desses cuidados. Há dados suficientes e cada vez em maior número que provam que há intervenções viáveis ao nível da comunidade e ao longo de toda uma vida.<sup>36</sup> Apoiar a mulher a cuidar melhor de si e do seu bebé e envolver a família e a comunidade na prestação de cuidados e na tomada de decisões que têm que ver com a saúde é muito importante para a sobrevivência materna e do recém-nascido porque a maioria dos nascimentos e das mortes em África acontece em casa. Mesmo quando o parto tem lugar numa unidade de saúde, muitas mães e bebés têm alta muito cedo, por vezes no espaço de poucas horas. As decisões para se iniciarem os tratamentos ou para se adoptarem práticas preventivas são também fortemente influenciadas pelas famílias e pelas comunidades. Atribuir poderes às mulheres, às famílias e às comunidades para que melhorem a sua saúde constitui uma pedra angular fundamental do desenvolvimento.

Muitas práticas fundamentais dos cuidados de saúde dos recém-nascidos podem ser integradas com programas vigentes de saúde materna, de saúde infantil, de planeamento familiar, de promoção da nutrição e de luta contra a malária e o VIH/SIDA que já existem ao nível das comunidades. A educação sanitária e a comunicação interactiva para modificação de comportamentos são uma estratégia que utiliza o aconselhamento, os debates com os indivíduos e os grupos, assim como a mobilização e as acções comunitárias. Para conseguir alterações de comportamento ou de hábitos no âmbito da saúde materna e neonatal, podem utilizar-se vários canais, incluindo o recurso aos meios de comunicação, os debates em grupo, as reuniões de aldeia, as canções, as marchas, o teatro e os acontecimentos desportivos. Outro meio para integrar as mensagens dos SMNI é o marketing social de produtos específicos, como os contraceptivos, as RMTI, ou os *kits* de parto limpo. Certas mensagens apropriadas dos SMNI têm sido divulgadas em folhetos, em emissões de rádio, em bulas incluídas nas embalagens e em painéis utilizados na promoção e venda de produtos por meio de marketing social. Existe uma grande variedade de instrumentos, como postais com aconselhamentos, guias para a facilitação do trabalho de grupo, quadros de folhas ou painéis móveis, panfletos, os registos comunitários, os dados cartográficos, e outros manuais de formação similares que apoiam as intervenções familiares e comunitárias. A adaptação ao idioma e aos contextos locais melhora a integração e a eficácia destas mensagens. No estudo MIRA-



Makwanpur do Nepal,<sup>37</sup> adaptado de uma experiência vivida na Bolívia,<sup>38</sup> verifica-se que as práticas domésticas dos SMNI foram melhoradas através de comunicações interpessoais e do recurso a grupos participativos de mulheres. Este método está agora a ser adaptado e testado no Malawi (Caixa II.3). Também se verificou serem eficazes os métodos melhorados de coordenação e de participação, com o objectivo de se proceder à concepção e ao planeamento conjunto dos programas com membros da comunidade.

As estratégias para melhorar as práticas domésticas de cuidados de saúde são mais eficazes quando incluem uma mistura de métodos que incluam o aconselhamento e o diálogo individual, a educação e mobilização comunitária, ligações melhoradas entre a comunidade e os serviços de saúde, e melhoria do acesso a esses serviços, e da sua qualidade. Pode envolver-se uma ampla variedade de pessoas da comunidade; o que os programas eficazes têm em comum são trabalhadores comunitários com boa formação profissional

### CAIXA II.3 O Poder Feminino - como adaptar e testar soluções baseadas na comunidade, desde a Ásia à África

Em áreas rurais do Nepal, quase todas as mulheres dão à luz em casa e a taxa de mortalidade materna e dos recém-nascidos é elevada. O Projecto MIRA (Mother and Infant Research Activities) - Makwanpur foi uma intervenção baseada na comunidade que procurava soluções comunitárias para a saúde materna e neonatal, recorrendo a grupos existentes de mulheres. As chamadas facilitadoras femininas reuniam-se com grupos de mulheres aproximadamente uma vez por mês e realizavam 10 sessões ao longo do ano. Os grupos identificavam problemas locais dos SMNI e utilizavam um processo participativo para formular estratégias, inclusive jogos e materiais interactivos. Procedeu-se também à melhoria do sistema de saúde através de renovações e da formação profissional na clínica local e no centro de saúde de referência. A mortalidade neonatal diminuiu de 30 por cento ao longo de quatro anos. Embora o estudo não tenha sido concebido para diminuir a mortalidade materna e o número de mortes maternas fosse pequeno, verificaram-se decréscimos significativos no grupo de intervenção (69 mortes maternas por cada 100 000 nados vivos) quando comparados com o grupo de controlo (341 mortes maternas por cada 100 000 nados vivos). As mulheres que faziam parte dos grupos de intervenção tinham mais probabilidades de beneficiar de Controlo Pré-Natal, de dar à luz nos serviços de saúde, de serem acompanhadas por um profissional e de praticarem cuidados higiénicos, do que as mulheres do grupo de controlo. Isto demonstra que os desfechos dos partos e os comportamentos saudáveis numa população rural pobre podem ser muito melhorados através de intervenções participativas de baixo custo, potencialmente sustentáveis e expansíveis, com grupos de mulheres.

Está em curso um estudo-piloto denominado MaiMwana para adaptar e testar este método no Malawi - MaiMwana significa 'mãe e filho' em Chichewa, um dos idiomas oficiais do Malawi. Este estudo de controlo aleatório envolve uma população de cerca de 150 000 indivíduos. Ao avaliar o impacto de duas intervenções de promoção da saúde com base na comunidade, o estudo MaiMwana procura melhorar a gestão comunitária descentralizada dos recém-nascidos e melhorar a prestação dos serviços de saúde através de intervenções sustentáveis em termos de custo-benefício. Dada a elevada prevalência de VIH, assim como os poderes atribuídos aos grupos de mulheres para resolverem problemas relacionados com as mortes maternas e dos recém-nascidos, a Prevenção da Transmissão Vertical do VIH/SIDA de Mãe para Filho (PTV) é assunto que está também a ser tratado nos grupos e através da melhoria do sistema de saúde.

Fonte: Adaptado das referências<sup>37-39</sup>

e bem dirigidos, que fazem parte de um sistema em que as vias de referenciação são operacionais e em que existem cuidados de qualidade nos serviços de saúde.

Algumas intervenções com base na comunidade podem ser acompanhadas ou reforçadas por meio de consultas domiciliárias (e.g. cuidados domiciliários pós-natal, amamentação materna) ou podem necessitar de um trabalhador comunitário disponível da área da saúde se ocorrerem situações de emergência (por ex. onde for prática habitual o manejo de infecções respiratórias agudas pela comunidade e a referenciação do paciente, em devido tempo, para os serviços de saúde). Algumas das possíveis intervenções comunitárias são adaptações de cuidados clínicos formais, nesses casos prestados a nível comunitário devido à inexistência de serviços de saúde formais acessíveis. Quando lhes foram ministrados conhecimentos e competências adequadas, os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) provaram a sua capacidade para detectar e gerir certas enfermidades dos recém-nascidos e das crianças, como a pneumonia<sup>40</sup> ou a septicémia. Os resultados preliminares de um estudo realizado em Shivgarh, na Índia,

indicam uma diminuição de 50 por cento na mortalidade neonatal devida a práticas melhoradas de cuidados de saúde essenciais prestados aos recém-nascidos, sem que quaisquer outros tratamentos tenham sido aplicados em caso de doença.<sup>41</sup> Outro estudo efectuado numa área rural da Índia revelou uma diminuição de 62 por cento da taxa de mortalidade neonatal quando foram prestados cuidados de saúde domiciliários ao recém-nascido por parte de TCS, incluindo a reanimação em casos de asfíxia à nascença e o tratamento da septicémia com antibióticos.<sup>42</sup> Uma característica fundamental desta experiência foi a formação profissional intensiva dos trabalhadores comunitários de saúde, assim como um acompanhamento mensal continuado da parte de pessoal afecto ao projecto. Se bem que este modelo não possa ser facilmente aplicável nos casos em que os programas sejam de grande escala, ele dá lições úteis quanto ao apoio que os trabalhadores comunitários de saúde podem prestar para melhorar as boas práticas no domicílio e para identificar as doenças dos recém-nascidos, para que sejam enviados rapidamente a um profissional de saúde mais especializado.

Os decisores de políticas e os planeadores de programas devem avaliar as suas situações locais próprias e pensar em realizar investigação operacional para determinarem a viabilidade da introdução de cuidados de saúde domiciliários à escala própria nos seus países, dado que a sua monitorização e sustentabilidade podem ser uma tarefa difícil. (Para mais informações sobre a melhoria dos serviços, vide Secção IV). Actualmente, a maioria das investigações operacionais está a ser efectuada no Sul da Ásia, e é necessário que se proceda a investigações semelhantes na África Sub-Sahariana, que sejam específicas para cuidados de saúde domiciliários. Poucos países africanos possuem uma estratégia nacional que promova a participação comunitária permanente na política da saúde, na concepção, implementação, monitorização e avaliação de programas. Actividades com base na comunidade que utilizam as melhores práticas ou métodos baseados em evidências são muitas vezes exercidas integradas em projectos em curso apoiados por doadores, que a certa altura cessam, ou que passam a funcionar mais lentamente quando se aproxima o termo do projecto.

### **Possibilidades proporcionadas pelas extensões de saúde e pelos serviços de consultas externas**

A assistência na saúde ao nível das extensões de saúde e dos cuidados prestados aos doentes nas consultas externas melhora a sobrevivência das mulheres e dos bebés ao estabelecer uma ligação entre os domicílios e os hospitais distritais, servindo muitas vezes como primeira porta de entrada no sistema de saúde. Este nível de prestação de serviços traz para mais perto dos domicílios acções e serviços comunitários como o planeamento familiar e o controlo pré-natal e pós-natal. A maior parte dos países africanos também

proporciona unidades de extensão de saúde ou serviços móveis, num esforço para alargar a cobertura a áreas mal servidas. Pessoal proveniente de serviços periféricos e distritais presta determinados serviços especializados em locais adaptados na comunidade, prestando uma combinação de cuidados de saúde principalmente pré-natais e às crianças, com uma atenção especialmente focada no controlo do crescimento e nos serviços de vacinação. O programa Sobrevivência e Desenvolvimento Acelerado de Crianças (SDAC) - “Accelerated Child Survival and Development (ACSD)” é um bom exemplo de um caso de êxito de serviços de extensão de saúde que envolve uma ampla parceria de intervenientes que proporcionam intervenções de saúde acessíveis em termos de custo-benefício (Caixa II.4). As extensões de saúde constituem oportunidades de integração ao acrescentarem cuidados pós-natais precoces e básicos à mãe e ao recém-nascido.

Os serviços de extensão de saúde para CPN podem aconselhar as mulheres grávidas a procurarem os serviços antes do início do trabalho de parto, o que pode exigir que, numa cidade, se incentivem as mulheres a mudarem-se para casa de uma pessoa de família, ou que se promova a existência de residências onde aguardem a maternidade, junto de um hospital, assim que se iniciem as contracções. Estas residências, muitas vezes geridas por organizações locais não-governamentais são lugares onde uma mulher grávida, juntamente com um acompanhante, pode esperar pelo início das primeiras contracções. Neste momento há vários exemplos dessas residências no Malawi, em Moçambique, na Nigéria e no Zimbabué, entre outros países. O resultado global é que é mais fácil, seguro, menos dispendioso e menos traumático para uma mulher, deslocar-se até um serviço desses, quando prevê estar próximo o parto, do que quando tem de ser para lá levada no meio de uma complicação, em situação de emergência (Vide Secção III, capítulo 3).

### **CAIXA II.4 Programa “Sobrevivência e desenvolvimento acelerado das crianças (SDAC)”**

A África Ocidental é a região do mundo com as maiores taxas de mortalidade materno-infantis e neonatais. Em 2002 teve início uma colaboração em larga escala entre 100 distritos de 11 países da África Ocidental, cujo objectivo era um método faseado de melhorar as intervenções essenciais na saúde infantil. Fundamental para o êxito é a existência de uma parceria. Financiado pelo Governo Canadiano e instituído pela UNICEF, o SDAC envolve a competência e a colaboração de múltiplos intervenientes, incluindo governos e ministérios da saúde, a OMS, o Banco Mundial, organizações não governamentais (ONG) e líderes comunitários locais.

Através do SDAC estão a ser articuladas e integradas num pacote eficaz em termos de custo-benefício, intervenções destinadas às crianças e às mulheres grávidas, que incluem a vacinação das crianças e das grávidas, a administração de micronutrientes suplementares, a promoção da amamentação, o fornecimento de soluções orais de reidratação para casos de diarreia e redes mosquiteiras para protecção das crianças e das mulheres contra a malária. A fase seguinte irá alargar-se a mais países, implicar uma maior cobertura e incluir mais intervenções para resolver complicações com os recém-nascidos. O método centra-se no alargamento da cobertura sanitária às comunidades ainda mal servidas e prevê esforços para a implantação de extensões comunitárias de saúde para a prestação de serviços e para o aprovisionamento de produtos mais próximo das famílias. Os serviços de extensão são também acompanhados por programas de educação das famílias no que se refere às práticas domésticas de saúde a prestar às crianças.

Até agora, as avaliações revelaram aumentos nas coberturas, especialmente nas intervenções relacionadas com materiais e produtos como as RMTI, mas as avaliações do impacto sobre a mortalidade ainda não estão disponíveis. A UNICEF calcula que o número de mortes infantis terá baixado em cerca de 20 por cento em média nos 16 distritos onde o programa foi totalmente implementado e de 10 por cento onde foi aplicado apenas parcialmente.

Fonte: Referência<sup>49</sup>

## Possibilidades proporcionadas pelos serviços de saúde - centros de saúde básicos e hospitais de referência

No topo do sistema de serviços de saúde está o hospital distrital, que serve como hospital de referência e que deverá prestar um pacote nuclear de serviços por meio de um número determinado de pessoal e do correspondente equipamento e materiais.<sup>19</sup> Para salvar vidas de recém-nascidos, os hospitais distritais devem ser equipados para prestarem cuidados obstétricos de emergência, para resolverem complicações das parturientes e dos recém-nascidos relativamente às situações mais importantes, como a asfixia à nascença, os casos de bebés prematuros e de baixo peso, e os casos de septicémia. Melhorar os apoios à asfixia à nascença, às infecções e às complicações dos prematuros no hospital poderá salvar até 330 000 vidas de recém-nascidos. Tanto quanto aumentar a cobertura dos serviços, a melhoria da qualidade é igualmente fundamental. Um importante instrumento são as auditorias às mortes das mães, dos recém-nascidos e dos nados-mortos que, quando postas em prática, têm como resultado salvar vidas.<sup>44,45</sup> A Caixa II.5 apresenta um exemplo de solução

em parceria para melhorar os cuidados de saúde num distrito rural do Uganda.

Ao nível dos cuidados primários de saúde, os serviços periféricos de saúde e o pessoal devem ser preparados para prestar assistência a partos não complicados e para prestar cuidados básicos obstétricos de emergência e cuidados imediatos aos recém-nascidos, como a higiene, o aquecimento, e o apoio às melhores práticas de nutrição e de reanimação quando necessário. Além disso, estes serviços deverão poder tratar recém-nascidos doentes e bebés com baixo peso e referenciá-los para outro serviço ou hospital de referência sempre que necessário. Prestar nos serviços cuidados extra a estes bebés, especialmente os “Método Mãe Canguru, MMC”, e outros apoios à nutrição, é fundamental para salvar vidas e promover um desenvolvimento saudável. As profissionais de saúde com formação de parteiras podem executar com segurança tarefas para salvar vidas, incluindo a remoção manual da placenta, a extracção por vácuo e o diagnóstico dos recém-nascidos doentes. Este facto levou alguns países a reverem as políticas nacionais de modo a que o pessoal dos serviços periféricos possa executar estes procedimentos.

### CAIXA II.5 Parcerias em acção para melhorar os cuidados obstétricos no Uganda

Kiboga é um distrito rural do Uganda e o “Projecto Uganda-Canadá para Salvar as Mães - Save the Mothers Uganda-Canada Project”, entre as comunidades profissionais de obstetria e de ginecologia do Uganda e do Canadá, é um exemplo de melhoramento dos cuidados de saúde ao nível dos serviços, com soluções inovadoras de parceria. Uma primeira análise da situação revelou que a maioria dos partos ocorreu em casa, e que as complicações foram tratadas primeiro em casa e com medicamentos nela existentes. Este projecto demonstrativo tinha por objecto aumentar a disponibilidade e a utilização de serviços obstétricos essenciais no distrito de Kiboga, Uganda. A equipa multidisciplinar do projecto, em Kiboga, era constituída por vários funcionários de saúde e vários membros da comunidade: um obstetra, outros profissionais de saúde com formação, parteiras, enfermeiras e representantes dos interesses da comunidade. As parteiras locais perceberam a importância de incluir assistentes tradicionais de partos (ATP) nos esforços para reduzir a mortalidade e a morbilidade materna e neonatal e exprimiram o desejo de melhorar o seu relacionamento com as ATP. Estas foram encorajadas a trazer as mulheres para se submeterem aos cuidados de saúde pré-natais e, no mínimo, a facilitarem o acesso aos serviços de COE por ocasião das complicações.

As intervenções principais incluíram:

- A melhoria das competências do pessoal médico, incluindo as das parteiras, relativamente aos COE básicos e aos mais complexos
- A melhoria dos serviços de saúde distritais relativamente aos equipamentos essenciais, aos materiais e produtos e aos medicamentos necessários aos COE
- A diminuição das barreiras sociais e culturais na prestação dos cuidados de saúde maternos, especialmente através do trabalho com ATP (Assistentes Tradicionais de Partos)
- A melhoria das comunicações e dos transportes de um nível de serviço para o seguinte, para as mulheres necessitadas de COE
- A avaliação das intervenções da iniciativa no que se refere à sua viabilidade, impacto e vantagens custo-benefício

Vinte e quatro meses após o início do projecto, o distrito de Kiboga possui serviços essenciais completos de saúde obstétrica, satisfazendo assim os padrões mínimos recomendados. A abertura de seis maternidades distritais, providas de parteiras, ajudou a melhorar a distribuição geográfica dos serviços, prestando pelo menos quatro dos seis serviços básicos obstétricos essenciais. Houve um aumento impressionante do número de mulheres com complicações obstétricas que foram tratadas, tendo esse número passado de 4 por cento em 1998, para 47 por cento em 2000.

Fonte: Referência<sup>46</sup>

## Dificuldades a enfrentar quando da introdução de cuidados continuados de saúde

Se bem que existam aspectos positivos nos cuidados continuados de saúde, também existem dificuldades a vencer. Isto é especialmente evidente quando se trata de abranger as populações pobres, rurais e remotas que correm os maiores riscos e que, contudo, são as que têm pior acesso aos cuidados de saúde. As barreiras a estes cuidados ultrapassam os serviços de saúde e incluem questões como as limitações financeiras e de transportes. Estas e outras dificuldades ao melhoramento dos serviços de saúde descrevem-se em resumo no Quadro II.1 relativamente a cada tipo de serviços prestados - família/comunidade, doente externo/extensão de saúde e cuidados clínicos. O aspecto mais saliente situa-se nas limitações mais comuns que afectam os serviços de SMNI, especialmente a assistência aos recém-nascidos. As causas subjacentes a estas dificuldades e os exemplos de estratégias operacionais para resolver as limitações e os constrangimentos estão também lá resumidas.

Uma limitação crucial é a dos recursos humanos, especialmente a falta de assistentes especializados<sup>24</sup>. Além disso, o financiamento dos serviços de SMNI é inadequado, dada a dimensão do problema, os custos das soluções e os benefícios para as mulheres, para os bebés, para as crianças e para a saúde e o desenvolvimento dos países. Estas e outras dificuldades dos sistemas de saúde serão debatidas com mais pormenor na Secção IV.

Se bem que as dificuldades ao nível dos serviços tenham de ser resolvidas, o facto de em África a maioria dos nascimentos e das mortes dos recém-nascidos ocorrer em casa significa que as parcerias comunitárias com êxito, a mobilização social e a transmissão de informações sobre a modificação da educação sanitária e a alteração dos comportamentos também são necessárias para salvar vidas. Certas determinantes socioculturais, como especialmente a falta de igualdade entre os sexos, e o baixo estatuto das mulheres no lar e nas comunidades, também diminuem a capacidade de as mulheres procurarem cuidados de saúde ou agirem quando ocorre uma complicação.

## Conclusão

Para se melhorarem os pacotes fundamentais dos cuidados continuados de saúde nos países da África Sub-Sahariana e se atingirem os 4º e 5º objectivos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, é necessário que se avance mais rapidamente. Os serviços essenciais têm de abranger mais famílias, especialmente as famílias pobres. Uma atenção redobrada para salvar as vidas dos recém-nascidos a fim de se atingir o 4º objectivo dos ODM também possibilitará que se acelerem os progressos em direcção ao 5º objectivo dos ODM, visto que muitas intervenções destinadas aos recém-nascidos estão relacionadas com os cuidados a prestar às mães. O foco das atenções começou a deslocar-se de programas verticais para cuidados continuados de saúde integrados para resolver as necessidades de saúde das mulheres, dos recém-nascidos e das crianças. As intervenções, tanto as preventivas como as terapêuticas, deverão dar prioridade ao período mais crítico - o parto e os primeiros dias de vida, e ao local onde os cuidados são mais necessários - em casa ou perto de casa, com fortes ligações aos cuidados prestados nos serviços. Apoiar a saúde dos recém-nascidos não implica lançar um apelo para um novo esforço de programação vertical, mas sim para um reforço e integração dos serviços existentes para os tornar mais eficientes, dinâmicos e receptivos às necessidades das mães, dos recém-nascidos e das crianças. Rever os cuidados prestados aos recém-nascidos e analisar a

### QUADRO II.1 Dificuldades para fazer chegar aos pobres os serviços de saúde neonatal, através da família e/ou da comunidade, de serviços de móveis de proximidade e de serviços clínicos

Dificuldades	
Casa, família e nível comunitário	Determinantes sociais da saúde, obstáculos à utilização dos serviços de saúde, informações inadequadas relativamente aos comportamentos saudáveis em casa e procura de cuidados de saúde
	Fornecimento adequado de produtos domésticos para a saúde, a preço acessível
	Falta de trabalhadores comunitários, e/ou falta de ligações eficazes ao sistema de saúde
Serviços de proximidade e de doentes externos	Baixa qualidade dos cuidados de saúde
	Aprovisionamento aleatório de produtos essenciais e de diagnóstico
	Baixa procura de cuidados de saúde, seu uso tardio e incumprimento das indicações dadas pelos médicos ou por outros profissionais
Assistência médica (a nível primário e a nível de referência)	Falta de pessoal especializado, especialmente nas áreas onde é difícil prestar serviços
	Deficiente qualidade dos cuidados de saúde nos sectores público e privado
	Uso tardio dos serviços e incumprimento das indicações de tratamento
	Inacessibilidade dos pobres aos serviços devido ao seu custo elevado

Fonte: Adaptado da referência<sup>13</sup>  
Ver mais pormenores sobre estratégias e exemplos operacionais na Secção IV

Causas subjacentes	Estratégias operacionais
<p>Pobreza; falta de mecanismos de participação comunitária; mensagens irrelevantes ou inadequadas; má divulgação das estratégias; práticas culturais prejudiciais; inexistência de um quadro legal para a igualdade de géneros e sobre o estatuto das mulheres</p>	<p>Rever as políticas relacionadas com o apoio à família e à comunidade relativamente à SMNI Criar mensagens específicas e utilizar canais múltiplos de distribuição para resolver o problema das práticas culturais Ponderar esquemas de transportes locais e planos de emergência para empréstimos de dinheiro Promover a colaboração intersectorial (e.g. através de saneamento, educação, etc.)</p>
<p>Acessos e transportes para as comunidades Custo dos materiais e dos produtos; mercados deficientes; inexistência de um quadro legal para a venda a retalho dos materiais e dos produtos</p>	<p>Reforçar a logística, incluindo a distribuição baseada na comunidade Desenvolver a comercialização social (e.g. TMI, kits de parto limpo) e quadros legais Subsidiar os produtos e os materiais se necessário</p>
<p>Políticas inconsistentes para os cuidados primários de saúde Papéis e formação mal definidos, falta de supervisão Depender do voluntariado, falta de remunerações ou de outras compensações</p>	<p>Revitalizar os papéis dos trabalhadores comunitários de saúde existentes para tornar prioritárias actividades de grande impacto e incluir remunerações ou outras compensações, e rever as políticas relevantes Conceber pacotes de formação eficazes, supervisionar permanentemente e actualizar os métodos de formação</p>
<p>Falta de normas para os cuidados de saúde; as directrizes globais existentes são desconhecidas, ou não estão adaptadas ou não são promovidas a nível nacional; supervisão deficiente e absentismo; diferenças sociais e culturais entre os serviços e a comunidade</p>	<p>Promover directrizes e/ou normas baseadas em evidências Melhorar a formação em serviço e a formação antes do ingresso na vida profissional Supervisão e incentivos, não necessariamente financeiros Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, incluir a perspectiva que as mulheres e a comunidade têm deles</p>
<p>Gestão deficiente da cadeia de aprovisionamentos Falhas nos transportes e na cadeia de frio</p>	<p>Criar políticas para os produtos e materiais essenciais Melhorar as competências da equipa de gestão de materiais Ponderar a utilização de tecnologia adequada</p>
<p>Falta de informação, experiências negativas com o sistema de saúde, distâncias e custos</p>	<p>Educação na área da saúde Melhoria das ligações com a comunidade Diálogo com a comunidade e sua mobilização Envolvimento da comunidade na concepção dos programas e no melhoramento da qualidade Controlar e acompanhar as desistências, especialmente no caso da PTV e das vacinações</p>
<p>Políticas de recursos humanos inadequadas; número insuficiente de pessoal formado; baixas remunerações; falta de incentivos para trabalhar em áreas rurais; pessoal especializado limitado às áreas urbanas; absentismo; fuga de cérebros</p>	<p>Plano para os recursos humanos, incluindo a formação, a colocação do pessoal, a sua retenção nos serviços, a combinação das especialidades das equipas em termos de diversidade e a regulamentação do pessoal de saúde informal e qualificado Ponderar a possibilidade de um regime de remunerações baseadas no desempenho Prémios ou incentivos para trabalho árduo em áreas rurais, se necessário</p>
<p>Inexistência ou desconhecimento de normas de cuidados de saúde; percepção insuficiente das situações de emergência; formação muitas vezes não baseada nas competências; responsabilização e motivação insuficientes do pessoal de saúde; carências de materiais e produtos básicos e de medicamentos</p>	<p>Adaptar e implementar directrizes clínicas Melhorar a formação em serviço e a formação antes do ingresso na vida profissional activa, a supervisão e a garantia de qualidade Auditorias clínicas e auditorias à mortalidade das mães, dos recém-nascidos e dos nados-mortos Melhorar a logística dos aprovisionamentos e dos medicamentos, incluindo a dos serviços essenciais de laboratório</p>
<p>Demoras no reconhecimento de doenças, no processo de tomada de decisões e falta de transportes; diferenças sociais e culturais entre o pessoal de saúde e os doentes, especialmente os pobres</p>	<p>Utilizar uma combinação de estratégias se necessário, incluindo preparação para o parto e para as emergências, esquemas de transporte, esquemas financeiros e residências de trânsito para a maternidade Pugnar por tecnologias de telecomunicações para poder dar respostas rápidas</p>
<p>Baixos rendimentos e/ou recursos, inexistência de sistemas de segurança social Práticas de corrupção pelos prestadores de serviços do sector público Custo elevado dos cuidados de saúde do sector privado</p>	<p>Proteger os pobres com uma combinação de métodos, incluindo: protecção contra as taxas moderadoras, fundos comunitários e empréstimos, cuidados de saúde subsidiados, transferências condicionais de verbas, seguros de saúde, reembolsos aos prestadores baseados em senhas, assegurar a responsabilização do sistema de saúde</p>

metodologia dos cuidados continuados de saúde possibilita que os países identifiquem e resolvam nas políticas nacionais as lacunas críticas que impedem a prestação de serviços de SMNI de qualidade, o melhoramento das estruturas organizacionais, a formação profissional, as estratégias programáticas e as operações de controlo e de avaliação.

Existem muitas possibilidades de se melhorarem os serviços de saúde materna, neonatal e das crianças aos vários níveis dos sistemas de saúde, antes e durante a gravidez, e ao longo dos períodos pré-natal, do parto e pós-natal, e durante a infância. Os serviços de SMNI podem ser integrados com iniciativas em curso como a nutrição e a promoção da amamentação, os programas de luta contra o VIH/SIDA, os programas de prevenção da malária, e os programas de vacinação, entre outros. Há um amplo espaço ainda vazio para a introdução de modificações significativas destinadas aos recém-nascidos africanos que terão um impacto positivo no conjunto do sistema de saúde. Contudo, sem um empenho forte da parte dos governos, das organizações profissionais, dos doadores, dos interesses do sector privado, e da sociedade civil, a integração, e muito menos a implementação, é improvável. Os nove capítulos que se seguem na Secção III tratarão em pormenor dos aspectos práticos do reforço e da integração dos programas existentes nos cuidados continuados de saúde, e a Secção IV tratará das questões transversais dos sistemas de saúde e dos aspectos práticos do investimento e dos melhoramentos integrados a introduzir.



## Mais informações

- WHO. World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization; 2005.
- WHO. World Health Report 2005: Policy brief one. Integrating maternal, newborn and child health programmes. Geneva, World Health Organization; 2005.
- de Graft-Johnson J, Daly P, Otchere S, Russell N, Bell R. Household to Home Continuum of Maternal and Newborn Care. Baltimore, Maryland, The ACCESS Program, JHPIEGO; 2005.
- Sines E, Tinker A, Ruben J. The Maternal- Newborn-Child Health Continuum of Care: A Collective Effort to Save Lives. Washington, DC, Save the Children and the Population Reference Bureau; 2006.
- Otchere S and Ransom E. Bringing Care Closer to Mothers and Newborns: using the Gap Analysis Tool to develop a home to hospital continuum of care. Washington, DC, Save the Children; 2005.
- Lovich R, Rubardt M, Fagan D, Powers M. Partnership defined quality: a tool book for community and health provider collaboration for quality improvement. Washington, DC, Save the Children; 1996.
- Howard-Grabman L and Snetro G. How to mobilize communities for health and social change. Baltimore MD, Health Communication Partnership.