

Assistência durante o parto

Luwei Pearson, Margareta Larsson, Vincent Fauveau, Judith Standley

Todos os anos engravidam em África 10 milhões de mulheres e cerca de 250 000 delas morrem devido a causas relacionadas com a gravidez. Um terço de quase um milhão de nados-mortos ocorre durante o parto, e aproximadamente 280 000 bebés morrem de asfixia pouco depois do parto. Estes valores estão estreitamente interligados. A assistência profissional especializada durante o parto e imediatamente a seguir poderá salvar as vidas de muitas mães e bebés e evitar inúmeras complicações. Contudo, quase 60 por cento de mulheres africanas dão à luz sem a presença de um assistente especializado - 18 milhões por ano em casa - e durante os últimos 10 anos a cobertura média dos partos com assistência especializada no continente não aumentou significativamente. Duas de cada três mulheres que necessitam de cuidados obstétricos de emergência não os recebem.

Melhorar a assistência especializada aos partos e os cuidados obstétricos de emergência é fundamental para alcançar o 5º objectivo dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) relativo à saúde materna, e melhorar a assistência durante o parto contribuirá também para se alcançar o 4º objectivo dos ODM relativo à sobrevivência das crianças.

Como se poderá acelerar o progresso? Como poderão melhorar-se os cuidados de saúde dos recém-nascidos, ao mesmo tempo que se vai melhorando a assistência especializada? O que se poderá fazer no curto, médio e longo prazos, tendo em conta que as mulheres mais pobres e isoladas, que muitas vezes passam por complicações durante o parto, são as últimas a receber assistência especializada durante o parto?



Problema

A saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão estreitamente associadas com a assistência médica e os cuidados de saúde em geral que a mãe tenha recebido antes e durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Ao longo dos cuidados continuados de saúde, a ocasião com maiores riscos de morte e de incapacidades, tanto para as mães como para os recém-nascidos, é o trabalho de parto, o próprio parto e as primeiras horas de vida após o parto. As complicações e a falta de assistência médica neste período crítico têm consequências para as mães e para os bebés.

Mulheres grávidas - Todos os anos morrem em África cerca de um quarto de milhão de mulheres devido a problemas relacionados com a gravidez, e quase metade morrem por altura do parto e durante a primeira semana após o parto, principalmente devido a causas directamente relacionadas com o parto.¹ As hemorragias, o parto obstruído, a eclâmpsia e as infecções constituem a maior parte das causas de morte das mães, representando dois terços das mortes maternas na África Sub-Sahariana.² Só as hemorragias representam um terço de todas as mortes maternas em África, mas muitas destas mortes são evitáveis. As fistulas obstétricas que resultam de partos obstruídos são uma complicação de longo prazo de que sofrem dois milhões de mulheres. Cerca de 15 por cento de todas as mulheres grávidas passam por complicações do parto que requerem cuidados obstétricos de emergência (COE), mas poucas conseguem ter acesso a tais serviços. Os custos de uma cesariana nalguns países de África podem levar uma família à falência.³

Nados-mortos e recém-nascidos - Os bebés são vulneráveis durante o parto e as complicações intraparto (as que ocorrem durante o parto) constituem um risco de morte muito maior do que as complicações anteriores à gravidez ou do que as pré-natais. Pelo menos 300 000 bebés africanos têm como desfecho nados-mortos durante o parto - bebés que morrem durante o parto devido a complicações deste, como os trabalhos de parto obstruído. Entre os bebés nados-vivos, outros 290 000 morrem devido a asfixia à nascença, também fundamentalmente relacionada com complicações do parto. Algumas destas mortes poderiam ser evitadas com assistência médica especializada durante a gravidez, durante o parto, e durante o período pós-natal imediato. Por cada bebé que morre, há um número desconhecido que desenvolve incapacidades a longo prazo. Embora a maior parte dos bebés comece a respirar espontaneamente à nascença, cerca de 10 por cento dos recém-nascidos requerem alguma assistência para começarem a respirar espontaneamente, e menos de um por cento necessitam de reanimação prolongada⁴. A incapacidade de respirar à nascença pode dever-se a parto prematuro ou a asfixia à nascença. Calcula-se que em África nasçam anualmente cerca de quatro milhões de bebés com baixo peso à nascença (BPN). Estes bebés são especialmente vulneráveis, e sem cuidados médicos extra têm maior probabilidade de morrer de causas evitáveis, como a hipotermia (frio), a hipoglicémia (baixo teor de açúcar no sangue), ou infecções.

A capacidade das famílias e das comunidades para reconhecerem estas situações e acederem rapidamente à assistência médica em caso de emergência determina a sobrevivência e a saúde tanto da mãe como do bebé. Relativamente a algumas complicações obstétricas, particularmente as hemorragias, o intervalo de tempo em que há possibilidade de dar resposta e salvar a vida da mãe pode medir-se em horas. Quanto ao bebé, ainda no útero, ou acabado de nascer, a morte pode chegar ainda mais rapidamente. Qualquer demora pode ter consequências fatais (Caixa III.3.1).



CAIXA III.3.1 Demoras fatais

Há três factores de demoras na procura de assistência médica que afectam as probabilidades de sobrevivência tanto das mães como dos recém-nascidos

1. Demoras quanto a reconhecer problemas e quanto a decidir procurar assistência médica
 - Complicações não reconhecidas como graves
 - Membros da família que fazem atrasar a procura de assistência médica
 - Crenças espirituais ou culturais podem aumentar as demoras ou resultar na necessidade de outros tratamentos
2. Demoras nos transportes para chegar aos locais onde a assistência médica é prestada
 - Falta de transportes e/ou de verbas
 - Distância e duração da viagem para chegar aos serviços de saúde
3. Demoras na aplicação dos cuidados médicos adequados nos serviços de saúde
 - Falta de pessoal adequadamente formado e atitudes negativas dos profissionais de saúde
 - Falta de equipamento essencial, de medicamentos e de produtos e materiais

Fonte: Adaptado da referência⁵

Os primeiros dois factores de demoras revelam questões relacionadas com a procura de assistência médica a nível familiar e comunitário. Estarão as famílias preparadas para fazerem escolhas saudáveis? Poderá a família e a comunidade apoiar as mulheres quando é necessário suportar custos dos transportes e das emergências? Em muitas culturas, uma mulher tem de obter autorização e dinheiro do marido ou de outros membros da família para procurar assistência médica quando ocorrem complicações. As longas distâncias, os custos elevados e a deficiente qualidade dos serviços prestados contribuem também para o primeiro e para o segundo motivo das demoras.

O terceiro factor de demoras está relacionado com os profissionais de assistência médica, com as instalações dos serviços e com o sistema de saúde.⁵ Na África do Sul, dados recolhidos para o programa nacional de identificação do problema perinatal, que agora cobre mais de um terço dos partos daquele país, revelam que embora a maioria dos factores evitáveis que causam nados-mortos e mortes neonatais esteja relacionada com cuidados maternos deficientes durante o parto e o período pós-natal que imediatamente se lhe segue, cerca de um terço devem-se a demoras em casa e nos transportes⁶ (Caixa III.3.2).

CAIXA III.3.2 Os 10 primeiros factores de demora evitáveis e que estão associados a mortes perinatais nas áreas rurais da África do Sul, de acordo com inquéritos confidenciais sobre mortes maternas

1. Instalações e equipamentos inadequados em unidades e enfermarias neonatais - 4,9% de mortes
2. Controlo Pré-Natal não existente ou deficiente - 3,5%
3. Controlo fetal deficiente durante o parto - 3,2%
4. Demoras da parte do paciente na procura de assistência médica durante o parto - 2,4%
5. Segunda fase do trabalho de parto prolongada e sem assistência médica - 1,4%
6. Resposta inadequada à ruptura das membranas - 1,2%
7. Falta de transporte de casa para os serviços de saúde - 1,2%
8. Progressos insuficientes durante o trabalho de parto e utilização incorrecta do pantograma - 0,9%
9. Demoras na chamada do pessoal médico para assistência especializada - 0,8%
10. Plano de gestão neonatal inadequado - 0,8%

11. Fonte: Adaptado da referência⁷



Este capítulo irá descrever o pacote da assistência médica ao parto, incluindo a assistência especializada e a assistência obstétrica de emergência e aos recém-nascidos. Depois descreveremos a situação actual da assistência aos partos em África e exploraremos as oportunidades existentes para se integrarem e melhorarem as intervenções aos recém-nascidos, sugerindo as medidas práticas a tomar para melhorar a assistência especializada e resolver os problemas principais, especialmente os dos 18 milhões de mulheres que actualmente dão à luz sem qualquer assistência especializada.

Pacote

Uma análise recente mencionada ao longo desta publicação sugere que uma cobertura médica elevada durante o parto, incluindo a assistência especializada e imediata à mãe e ao recém-nascido, os COE e outras intervenções, e os esteróides administrados na fase pré-natal no caso dos partos prematuros, poderá impedir até 34 por cento das mortes neonatais. Significa isto que, dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos que ocorrem em África, entre 220 000 e 395 000 vidas poderiam ser salvas se mais de 90 por cento das mulheres e dos bebés beneficiassem de assistência médica especializada durante o parto. O número de vidas que podem ser salvas é maior do que o número de mortes de recém-nascidos por

asfixia durante o parto, visto que a assistência médica especializada também reduz o número de mortes devidas a complicações dos partos prematuros e a infecções. Além disso, poderiam salvar-se inúmeras vidas maternas e evitar-se os nados-mortos durante o parto, i.e. intrapartum (para mais informações sobre esta análise, vide as notas sobre dados da página 226). Nos países industrializados, praticamente todas as mulheres têm acesso a assistência médica especializada durante o parto e a COE, assim como a cuidados médicos neonatais de emergência. Contudo, na maioria dos países africanos, a realidade é bem diferente pois está-se muito longe da cobertura universal por assistência médica especializada.

Assistência médica especializada em todos os partos, incluindo aos recém-nascidos

O parto de um novo bebé é um processo natural e um acontecimento social importante e feliz tanto para a família como para a comunidade em geral. A maior parte das mulheres tem um parto normal e a maior parte dos bebés nascem saudáveis. Contudo, as complicações durante o parto são imprevisíveis. Por esta razão, todas as mulheres e bebés devem ter acesso a assistência ao parto por parte de profissionais competentes.⁸ O reconhecimento e o manejo atempado das complicações durante o parto são importantes, assim como o é evitar intervenções médicas desnecessárias.

O *quem*, o *onde* e o *quê* da assistência médica competente durante o parto podem resumir-se do seguinte modo:

Quem? A assistência médica competente durante o parto define-se como os cuidados de saúde prestados por um profissional de saúde com conhecimentos de obstetrícia, também designado por assistente especializado. Os assistentes especializados são profissionais de saúde acreditados, como as parteiras, os médicos e as enfermeiras, que receberam formação e treino para manejarem gravidezes normais (não complicadas), partos, e o período pós-natal imediato, e que sabem identificar, gerir e transferir para outros serviços ou profissionais de saúde os casos complicados que ocorrem nas mulheres e nos recém-nascidos.⁹

Onde? O parto deverá ter lugar num serviço que disponha do equipamento, dos materiais, dos medicamentos necessários e do apoio de um sistema de saúde funcional, incluindo meios de transporte e instalações preparadas para receber utentes que lhes tenham sido referenciados pelos outros profissionais de saúde em situações de emergência. Por vezes este contexto denomina-se ambiente facilitador. Nos países com redes de comunicações e de transportes deficientes, os assistentes especializados enfrentam verdadeiras dificuldades para prestarem cuidados de parto eficazes em casa das parturientes, e na maioria dos países africanos estes assistentes só trabalham nas instalações dos serviços de saúde.

O quê? As intervenções fundamentais durante o trabalho de parto e o parto propriamente dito incluem:

- Práticas de prevenção das infeções

- Controlo do trabalho de parto utilizando o partograma como instrumento eficaz para o controlo do progresso do parto. O partograma ajuda a identificar problemas como o avanço lento do feto e o trabalho de parto prolongado (Caixa III.3.3)
- Manejo activo da terceira fase do trabalho de parto
- Cortar e atar o cordão umbilical
- Reanimação, se necessário
- Cuidados essenciais aos recém-nascidos (aquecimento, amamentação precoce e exclusiva e higiene)
- Prevenção da transmissão vertical, de mãe para filho, do VIH
- Aumentar a satisfação e o conforto do utente, proporcionando-lhe privacidade, exames vaginais em número reduzido, liberdade de movimentos, alimentos e bebidas, encorajamento por uma companhia social durante o parto e criação de um relacionamento reconfortante

A assistência imediata ao recém-nascido inclui avaliar o bebé, registar o peso à nascença e prestar cuidados aos olhos para evitar infeções gonocócicas, onde isto constitua prática local. Se o bebé não respirar dentro de 30 segundos após o parto, é necessário iniciar imediatamente a sua reanimação. Análises recentes concluíram que a ventilação adequada com um dispositivo de saco e máscara (“ambubag”) e ar no quarto é tão eficiente como o oxigénio, para uma reanimação inicial.

CAIXA III.3.3 Quando um pedaço de papel pode salvar uma vida: utilização do partograma para controlar o trabalho de parto

Os trabalhos de investigação revelaram que, quando o partograma foi utilizado para controlar o trabalho de parto, houve melhorias na sobrevivência do feto e do recém-nascido, assim como reduções significativas de intervenções desnecessárias. Os dados e a experiência em África sugerem que, embora o partograma seja um equipamento bem conhecido, muitas vezes não é utilizado ou não é utilizado correctamente. Há diversas razões para que isto aconteça:

- Falta de recursos humanos e falta de tempo. Uma parteira que trabalha numa sala de partos de um grande Hospital Escolar africano disse: “Não há tempo para fazer o partograma se não houver por aqui à volta estudantes. Uma enfermeira está a tratar de muitas mães ao mesmo tempo e não lhe sobra tempo para isso.”
- Esgotamento dos stocks de papel para o partograma
- Controlo inadequado dos indicadores fundamentais do feto e da mãe, especialmente do coração do feto, porque o estetoscópio tradicional de Pinard pode ser utilizado incorrectamente e há muitos locais onde não existem monitores de ultra-sonografia Doppler¹²
- Podem recolher-se informações, mas nem sempre são utilizadas para alterar os procedimentos, ou pode haver demoras em proceder a cuidados de emergência, especialmente no caso de cesarianas.¹³



Obstetrícia de emergência e assistência aos recém-nascidos para todas as mães e bebês com complicações

Certas experiências realizadas a nível mundial sugerem que cerca de 15 por cento de todas as mulheres grávidas desenvolverão complicações obstétricas e que nem todas essas complicações se podem prever pelo método da análise de riscos.¹⁴ Se não houver cuidados de emergência, a mulher e o bebê podem morrer ou desenvolver incapacidades graves. Com cuidados preventivos essenciais, um manejo conveniente do trabalho de parto e um manejo atempado das complicações, podemos evitar ou tratar com êxito muitas complicações obstétricas e dos recém-nascidos, assim como os casos de nados-mortos durante o parto. Quase 60 por cento dos casos de eclâmpsia podem ser evitados por uma intervenção a tempo quando surgirem os sinais e sintomas de pré-eclâmpsia. Utilizar o pantograma para controlar o trabalho de parto ajudará a identificar situações de avanço lento do feto, e proceder a intervenções como as infusões de oxitocina pode evitar trabalhos de parto prolongados. Se surgirem sinais de parto obstruído, é necessário que o parto seja devidamente assistido por

pessoal especializado. Muitos partos em que o feto se apresenta de nádegas (partos agripinos) podem ser evitados por meio da anteversão cefálica externa.

Há certos serviços fundamentais ou funções sinaléticas que foram identificadas como essenciais no tratamento de complicações obstétricas para reduzir as mortes das mães.¹⁵ Estas funções sinaléticas constituem uma base para avaliar, formar, equipar e controlar os serviços de COE. (Quadro III.3.1). Se determinado serviço de saúde fornece seis funções sinaléticas é definido como um serviço de COE básico. Se fornecer todas as oito funções, incluindo cirurgia e transfusões sanguíneas, é um serviço completo de COE. Contudo, nenhuma destas funções se refere a cuidados essenciais para o recém-nascido e a reanimação neonatal, embora ambas sejam funções fundamentais para a sobrevivência do recém-nascido. Uma análise recente de indicadores de processo de COE realizada pela OMS e por outros parceiros, intitulada “Averting Maternal Death and Disability (AMDD)” - Como Evitar a Morte e a Incapacidade Materna, sugeriu que se acrescente a reanimação neonatal às sinaléticas funcionais.¹⁶

QUADRO III.3.1 Cuidados obstétricos de emergência, básicos e completos (COE)

Funções sinaléticas essenciais para o tratamento de complicações obstétricas	COE Básicos	COE Completos
1. Administrar antibióticos por via parentérica (injecções)	●	●
2. Administrar oxitócicos por via parentérica (injecções)	●	●
3. Administrar anticonvulsivos por via parentérica para a pré-eclâmpsia/eclâmpsia	●	●
4. Proceder à remoção manual da placenta	●	●
5. Proceder à remoção de produtos retidos, como p. ex. através da aspiração manual por vácuo	●	●
6. Proceder a partos vaginais assistidos (com instrumentos), p. ex. extracção por vácuo	●	●
7. Proceder a transfusões sanguíneas seguras		●
8. Proceder a uma cirurgia (partos por cesariana)		●

Além disso, os COE devem estar interligados com os cuidados prestados ao recém-nascido, especialmente os cuidados adicionais a prestar aos bebês com BPN e os cuidados de emergência aos bebês doentes.

Cuidados adicionais a prestar aos bebês com BPN

Os bebês com BPN, especialmente os bebês prematuros ou pré-termo, representam a maioria das mortes de recém-nascidos. Os cuidados imediatos, prestando-se especial atenção ao aquecimento, à reanimação, se necessária, e ao controlo da hipoglicémia (baixo teor de açúcar no sangue) ajudarão a salvar vidas. A detecção precoce e o manejo das dificuldades respiratórias, das infecções, e de outras complicações são também importantes. É provável que os bebês prematuros que nascem dois meses antes do prazo previsto e os que têm menos de 1 500 gramas necessitem de assistência médica em instalações dos serviços de saúde. Os bebês moderadamente prematuros (os que nascem menos de dois meses ou um mês antes do prazo normal ou que têm um peso à nascença superior a 1 500 gramas) podem ser tratados em casa se não tiverem complicações, e a mãe pode amamentá-los e dar-lhes leite materno espremido se necessário.¹⁷ Noutros capítulos da Secção IMI encontram-se mais pormenores sobre os cuidados a prestar aos bebês com BPN, como os cuidados adicionais ou suplementares e as consultas médicas em casa (capítulo 4), os “Método Mãe Canguru, MMC” (capítulo 5), e o apoio suplementar à amamentação (capítulo 6).

Assistência de emergência aos recém-nascidos doentes

Todos os profissionais de saúde que prestam assistência aos partos devem estar preparados para as emergências, como a reanimação dos bebês que não respiram correctamente, assim como gerir e, se necessário, referenciar outras complicações dos recém-nascidos para outras unidades de saúde. As emergências dos recém-nascidos após o primeiro dia de vida devem ser preferivelmente referenciadas para serviços de saúde infantil embora muitas vezes as regras da referenciação entre os serviços não sejam claras e possa haver confusões acerca de para onde ir para receber assistência. A falta de coordenação entre os serviços e o não cumprimento do que está recomendado quanto às referenciações dos doentes pode causar demoras.¹⁸

Assistência domiciliária à mãe e ao recém-nascido

Até nos locais onde todas as mulheres dão à luz nas instalações de um serviço de saúde, a família e a comunidade têm um importante papel a desempenhar no apoio à mulher grávida para a preparar para o parto e para as emergências, ajudando a reconhecer o início do trabalho de parto e auxiliando na busca de cuidados de saúde especializados. Após ter alta dos serviços, exemplos simples de cuidados essenciais a prestar à mãe e ao recém-nascido podem salvar muitas vidas de recém-nascidos.¹⁹ Embora o ideal fosse haver um assistente especializado para cada parto, algumas componentes dos cuidados maternos e muitas componentes dos cuidados

essenciais a prestar ao recém-nascido podem ser executadas em casa se não estiver disponível um assistente especializado. A nível doméstico são importantes os seguintes procedimentos:

- Aquecimento - secagem e aquecimento imediatos do bebé, aconchego com contacto pele contra pele, quarto aquecido
- Higiene e limpeza, especialmente a higiene do parto, do cordão umbilical e da pele
- Amamentação precoce e exclusiva logo a partir da primeira hora de vida (a menos que esteja disponível outra alternativa de alimentação segura para as mães seropositivas)
- Cuidados adicionais para os bebés prematuros e de BPN se não houver qualquer doença grave
- Reconhecimento dos sinais de perigo maternos e do recém-nascido e referência imediata para uma unidade de saúde, se necessário

Enquanto se vão melhorando os cuidados de saúde especializados ao dispor de todas as mães e bebés, que mais se poderá entretanto fazer pelos 18 milhões de mulheres africanas que dão à luz em casa todos os anos? No caso dos partos em casa para os quais não se consiga assistência profissional especializada, poderão os profissionais das extensões de saúde (instaladas pelos governos da Etiópia, do Malawi e do Gana, por exemplo) e os trabalhadores comunitários de saúde (TCS) existentes em muitos países africanos, prestar eficazmente cuidados de saúde aos recém-nascidos, incluindo o reconhecimento de complicações, e proceder à referência imediata e apropriada das mães e dos recém-nascidos para unidades de saúde adequadas se necessário? Que tipo de selecção, de formação, de remuneração, de supervisão e de apoio logístico devem existir para que os TCS sejam competentes, motivados e aceites pelas comunidades? Quanto custa apoiar um esforço destes em larga escala? Certos estudos-piloto realizados na Ásia do Sul sugerem que se um TCS com formação estiver presente durante o parto, ele pode prestar cuidados essenciais ao recém-nascido^{20,21}. Contudo, ainda não existem relatos de confiança sobre métodos semelhantes praticados nos serviços de saúde africanos.

Cobertura e tendências actuais

Progressos alcançados na melhoria dos cuidados de saúde especializados, incluindo os cuidados aos recém-nascidos

Apenas 42 por cento das mulheres grávidas na África Sub-Sahariana dão à luz com um assistente especializado presente. A cobertura é inferior nos países mais pobres: na Etiópia, por exemplo, só cinco por cento dos partos têm assistência de um profissional especializado. No interior de cada país também há grandes disparidades na utilização daqueles profissionais. Enquanto 25 por cento do quintil com maiores rendimentos da Etiópia recorreram a um assistente especializado, só um por cento das mulheres mais pobres o fazem.²² Esta desigualdade está também relacionada com os níveis de educação e de residência rural. Os acréscimos de cobertura de partos com assistentes especializados na África Sub-Sahariana ao longo da última década foram limitados. Às taxas de crescimento actuais, em 2015 mais de metade das mulheres africanas estarão ainda sem assistência especializada durante o parto. Assim, acelerar os progressos na área dos assistentes especializados tem de passar a constituir uma prioridade, visto que isto é uma pedra basilar do 5º objectivo dos ODM e também é importante para o 4º objectivo dos ODM.

As debilidades dos sistemas de saúde, tanto no que se refere à acessibilidade, como à qualidade, têm um impacto sobre os partos que ocorrem nas unidades dos serviços de saúde. Muitos centros

de saúde não permanecem abertos à noite ou durante os fins-de-semana para prestarem os cuidados de saúde profissionais de nível básico necessários aos partos 24 horas por dia, e a maior parte não possui ligações adequadas a um hospital que possa prestar esses serviços por referência do utente. Os centros de saúde e os hospitais muitas vezes não possuem água corrente ou electricidade, confortos simples como lençóis nas camas, e privacidade para a mãe. Pode também faltar equipamento essencial, materiais e produtos, e medicamentos. O pessoal clínico, as parteiras e as enfermeiras dos centros de saúde podem não ser competentes para identificar e manejar as complicações das mães e dos recém-nascidos. O pessoal não é bem pago, muitas vezes não é supervisionado, e a moral pode ser baixa. Além destas debilidades estruturais, existem os custos a pagar pelos serviços e as barreiras culturais ao acesso e à aceitação dos cuidados especializados.²³

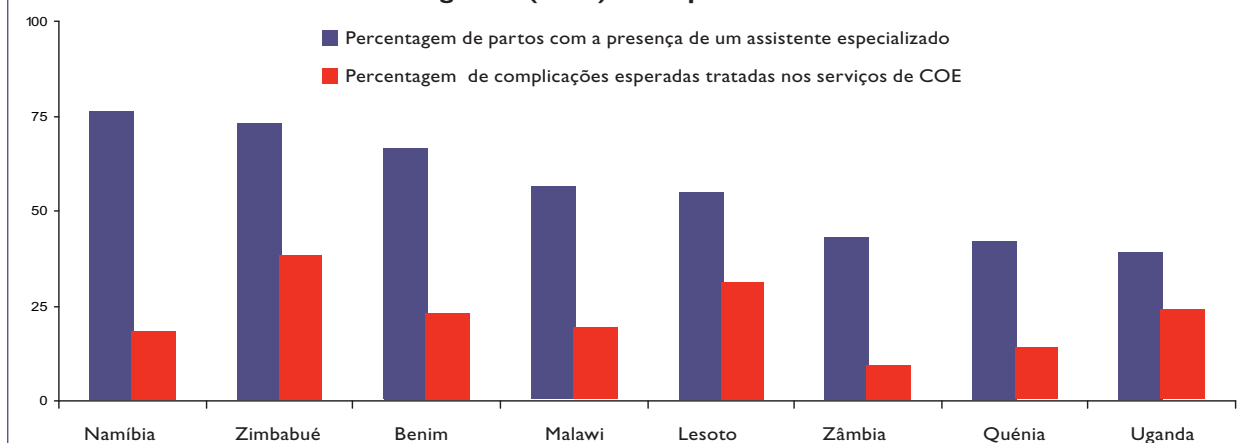
Na África Sub-Sahariana, 18 milhões de mulheres dão à luz em casa. Na verdade, em muitos países africanos, a maioria das mulheres ainda dá à luz em casa, assistida apenas por membros da família, e às vezes até sozinhas. Dados de Inquéritos Demográficos e à Saúde sugerem que menos de um terço de todos os partos são assistidos por assistentes tradicionais de partos (ATP).²⁴ Os TBA e os TCS possuem conhecimentos limitados que são insuficientes para reconhecer as complicações obstétricas ou os recém-nascidos doentes e de alto risco, e as ligações entre a família, a comunidade e os serviços de saúde nem sempre estão bem definidas.

Progressos na melhoria dos cuidados de saúde de emergência obstétricos e dos recém-nascidos

A disponibilidade, a qualidade e a utilização dos COE dependem largamente de um sistema de saúde funcional, assim como de comunicações adequadas e de serviços de referência dos doentes para ligarem os domicílios aos serviços de saúde (Secção II). Uma série de inquéritos realizados em mais de 20 países africanos sugere que dos 15 por cento das mulheres grávidas que se prevê possam necessitar de algum tipo de cuidados obstétricos, menos de um terço recebe estes cuidados (Figura III.3.1). A fim de salvar a curto prazo mais vidas de mães e de bebés, a proporção de complicações obstétricas directas que recebem tratamento atempado (necessidades satisfeitas de cuidados obstétricos de emergência) deverá ser aumentada de pelo menos 50 por cento. Além disso, deverá aumentar a proporção de partos por cesariana. Apesar de as Nações Unidas recomendarem um nível entre 5 e 15 por cento, menos de 2 por cento dos partos acontecem por cesariana na maioria dos países africanos. Entre a população rural pobre, este nível é de menos de um por cento.²⁵



FIGURA III.3.1 Cobertura de partos com assistente especializado e necessidades atendidas de cuidados obstétricos de emergência (COE) em 8 países africanos



Fonte: Dados sobre assistentes especializados da referência²⁶. Dados dos serviços de COE da ONU e de estimativas nacionais. Para mais pormenores, vide as notas aos dados da página 226

Em muitos países africanos onde se avaliaram as instalações dos serviços de COE e as funções sinaléticas, constatou-se que há proporcionalmente mais instalações de COE completas do que básicas e que estas estão concentradas nas grandes cidades. As recomendações da ONU vão no sentido de haver pelo menos uma COE completa e 4 básicas por cada população de 500 000 habitantes.²⁷ Os COE básicos (primeiras seis funções sinaléticas, Quadro III.3.1) deverão ser prestados nos centros de saúde e nas maternidades, e os COE completos (primeiras seis funções sinaléticas, mais cirurgia e cesarianas) deverão ser prestados nos hospitais. Muitos serviços dos países africanos não fazem avaliações dos COE básicos, muitas vezes devido a faltar apenas uma ou duas funções sinaléticas, como os partos vaginais assistidos, as aspirações manuais por vácuo e o manejo das perturbações de hipertensão provocadas pela gravidez. Na Tanzânia, muitos centros de saúde e outras unidades de saúde proporcionam todas as funções sinaléticas básicas, com excepção da extracção por vácuo que nestes centros as parteiras não estavam autorizadas legalmente a fazer. Em resposta, o governo está a preparar-se para mudar a legislação e para dar formação às parteiras nesta área. Alguns países africanos estão a formar auxiliares médicos, directores clínicos e cirurgiões para fazerem cesarianas.²⁸

Relativamente à cobertura e qualidade dos cuidados de emergência prestados aos recém-nascidos há menos informações disponíveis visto que estes serviços não foram incluídos sistematicamente nas avaliações de COE da ONU. A actual cobertura relativamente às reanimações neonatais eficazes nos serviços é muito reduzida em África. Nalguns hospitais distritais, as enfermeiras e as parteiras poderiam desempenhar a maioria das funções de salvamento de vidas maternas, incluindo a extracção por vácuo e até as cesarianas, mas as suas competências e capacidades relativamente aos cuidados de saúde a prestar aos recém-nascidos podem ser limitadas. Muitas vezes faltam “ambubags” (balões de reanimação com reservatório de oxigénio) e poucos serviços de formação possuem modelos para neles formarem o pessoal na reanimação de bebés. Os serviços que prestam COE, muitas vezes não prestam cuidados de emergência adequados aos recém-nascidos, ou até nem possuem protocolos para tratarem das infecções neonatais ou para tratarem dos bebés prematuros, incluindo a prática de MMC.

Possibilidades de melhorar os cuidados de saúde prestados aos recém-nascidos durante o parto

De entre todos os pacotes de saúde materna, neonatal e infantil, os cuidados especializados de parto e os COE são os que proporcionam mais oportunidades de salvar a maior parte das vidas maternas e de recém-nascidos.²⁹ Alargar a todas as mães e bebés a cobertura e a qualidade dos cuidados de saúde especializados durante o parto, incluindo os cuidados essenciais aos recém-nascidos e os COE, deverá portanto merecer toda a atenção. Entretanto, a educação e o aconselhamento para aumentar a procura de assistência especializada ao parto em casa e melhorar as práticas domésticas saudáveis irão beneficiar as muitas mulheres que continuam a dar à luz em casa. A Caixa III.3.4 enumera algumas das oportunidades para melhorar os cuidados de saúde aos.

CAIXA III.3.4 Oportunidades perdidas para melhorar a saúde dos recém-nascidos durante o parto

- *Políticas* - Inexistência de uma política integrada de saúde materna e neonatal; atribuição de maior valor à resolução dos problemas maternos do que aos do feto e do recém-nascido
- *Infra-estruturas* - Pouca atenção às necessidades do recém-nascido durante a concepção e layout das salas de parto e das enfermarias obstétricas. Por isso faltam salas de reanimação, equipamentos e medicamentos
- *Directrizes* - Falta de disponibilidade ou pouca divulgação/implementação de directrizes normalizadas nacionais sobre os cuidados essenciais para o recém-nascido e para as complicações obstétricas e neonatais. Por vezes não se fazem cesarianas com fundamento nos incómodos causados ao feto, do que resultam mortes ou incapacidades neonatais

- **Formação** - Lacunas na formação antes da entrada ao serviço e na formação contínua, em serviço, relativa a cuidados obstétricos de emergência, tanto das enfermeiras como das parteiras, formação que deveria incluir cuidados aos recém-nascidos e reanimação neonatal
- **Aprovisionamentos** - Falta de equipamento básico, de medicamentos e de materiais e produtos para os cuidados maternos e dos recém-nascidos
- **Controlo** - Não inclusão de nados-mortos, de mortes de recém-nascidos e de partos quase falhados nos registos das maternidades ou quando se auditam os resultados relativos às mães. Não consideração das funções sinaléticas neonatais no sistema de controlo

A fim de aumentar a cobertura e a qualidade dos cuidados de parto e de, simultaneamente, melhorar a assistência neonatal, devem aproveitar-se todas as oportunidades perdidas em cada fase das políticas, do planeamento e da programação.

1. Políticas e planeamento

As políticas e o planeamento devem sublinhar a competência e os cuidados de saúde a prestar tanto às mães como aos recém-nascidos durante o trabalho de parto, o parto, e o período pós-natal imediato. Há algumas oportunidades a não perder, para melhorar e para acrescentar a saúde do recém-nascido às políticas, tanto ao nível nacional da prestação dos serviços, como ao nível de cada serviço. Recentemente, em África, tem-se prestado alguma atenção às políticas de saúde materna e neonatal, especialmente ao Roteiro para se acelerarem os progressos em direcção aos ODM relacionados com a saúde materna e neonatal em África. As políticas e estratégias nacionais de maternidade e de saúde reprodutiva seguras, deverão incluir componentes de cuidados essenciais e de emergência aos recém-nascidos, incluindo boas práticas sanitárias em casa. Os pormenores da conversão das políticas em planos e acções são apresentados na Secção IV, mas aqui destacam-se alguns princípios relevantes para o planeamento da assistência ao parto.

Faseamento - A introdução de melhorias na assistência especializada e nos COE é uma prioridade para salvar as vidas das mulheres e dos bebés, mas não é nada que se faça como “remendo” visto que implica investimento e planeamento estratégico.^{22,30} O Quadro IV.4 da página 162 sugere quais são as prioridades de curto, médio e longo prazo, de acordo com a taxa de mortalidade neonatal (TMN) que pode ser adaptada a cada país. As actividades de curto e médio prazo devem desenvolver-se no sentido dos objectivos de longo prazo da cobertura universal de cuidados de saúde especializados. Precisamos de conseguir um equilíbrio entre os investimentos em métodos comunitários e nos serviços de saúde. Há que encontrar também um equilíbrio entre a implementação de pacotes mais simples que podem salvar vidas já e a custos muito baixos,²² ao mesmo tempo que continuamos a trabalhar para alcançar uma maior cobertura com cuidados mais complexos a longo prazo, incluindo a assistência especializada e os COE.³⁰ Se escolhermos apenas uma ou a outra opção, não se atingirão as reduções substanciais nas taxas de mortalidade, necessárias para se alcançarem os ODM.

Equidade - As estratégias deverão centrar-se na igualdade para garantir que os pobres e outros grupos marginais beneficiem de cuidados de saúde adequados, resolvendo os obstáculos ao acesso como os muitas vezes catastróficos custos dos cuidados obstétricos e das referências entre unidades de saúde.²³ Podem fazer-se transferências condicionais de verbas, como os pagamentos directos aos lares pobres, dependendo disso da efectivação de quatro consultas pré-natais. As transferências de verbas condicionais bem concebidas têm o potencial de melhorar os resultados na saúde com custos administrativos relativamente modestos.³¹

Recursos humanos - Para combater as actuais dificuldades relacionadas com os recursos humanos, muitos países africanos necessitam de estratégias inovadoras como o aumento do ritmo de formação de parteiras, e de ponderar incentivos para alargar os cuidados de saúde a áreas de difícil acesso.²⁷ No Malawi, o governo aumentou recentemente os salários das enfermeiras, e em Butare, no Ruanda, uma iniciativa sobre o desempenho mostrou que a quantidade e a qualidade dos serviços, incluindo os cuidados de saúde materna, melhorou quando se ligou o desempenho com os incentivos.³² A delegação das funções de salvar vidas em profissionais de saúde de nível intermédio pode exigir mudanças e revisão de políticas, mas isto é uma medida fundamental para se atingir uma cobertura elevada e equitativa de intervenções eficazes. Se as políticas forem modificadas, as parteiras poderão executar extracções por vácuo, os profissionais de saúde de nível intermédio poderão executar tarefas de aconselhamento que requerem um grande consumo de tempo como o apoio à amamentação precoce, e os TCS poderão prestar cuidados pós-natais (Secção III capítulo 4). Criar equipas com várias competências e capacidades, e transferir tarefas mais simples para quadros de nível inferior permite que as parteiras se concentrem em tarefas de maior impacto.

A revisão dos currícula antes da admissão ao serviço e já em serviço para que incluam os cuidados essenciais de saúde aos recém-nascidos e o manejo de complicações neonatais conduzirá a serviços de melhor qualidade e a uma integração global de programas. Os profissionais de saúde que prestam assistência a partos deverão passar a poder prestar cuidados essenciais e de emergência tanto às mães como aos recém-nascidos, e em especial as componentes da formação das parteiras deverá ser revista para incluir formação que inclua competências em reanimação neonatal e manejo de outras complicações dos recém-nascidos. Caso os governos promovam uma estratégia provisória para a formação de profissionais das extensões de saúde, dos TCS e dos ATP para que prestem assistência aos partos em casa, essa formação deverá incluir os cuidados essenciais aos recém-nascidos e o reconhecimento das complicações das mães e dos recém-nascidos, bem como a competência para promover a sua referência para uma unidade de saúde.

2. Possibilidades de melhoria da prestação de cuidados essenciais aos recém-nascidos e, simultaneamente, de melhoria da assistência especializada aos partos

Todos os serviços de saúde que se ocupem de partos devem prestar cuidados essenciais aos recém-nascidos, aos bebés com BPN, e poder fazer reanimações. Em cada sala de partos e em cada bloco operatório deve existir um recanto limpo e aquecido para o recém-nascido, com um aparelho de aquecimento e equipamento básico de reanimação. O êxito destes serviços depende da disponibilidade de profissionais de saúde, de directrizes clínicas, de formação orientada para a competência, de equipamento e materiais básicos, de controlo e de ambiente propício.

A necessidade de reanimação nem sempre pode ser prevista, pelo que os profissionais de saúde que prestem assistência aos partos deverão saber como utilizar um saco e uma máscara no caso de o bebé não estar a respirar (Caixa III.3.5). As instalações dos serviços de saúde devem também ser acolhedoras para a mãe e para o bebé, promovendo a amamentação precoce e exclusiva no caso das mães que tenham optado por amamentar. Em todas as salas de parto deverá haver serviços de PTV como análises rápidas de VIH, aconselhamento e medicação anti-retroviral. Isto é particularmente importante nos países com elevada prevalência de VIH. As mães infectadas com VIH que queiram impedir a transmissão do vírus aos seus filhos, ao optarem por não os amamentar deverão ser aconselhadas a tomar decisões sobre as opções de alimentação que têm à sua disposição e receber informações adequadas, conselhos e apoio dos profissionais de saúde depois de terem tomado a sua decisão.

3. Possibilidades de incluir cuidados de saúde essenciais e de emergência para os recém-nascidos e de, simultaneamente, melhorar os COE

Todas as instalações dos serviços de saúde que prestem COE básicos e completos devem prestar cuidados de saúde essenciais e de emergência para os recém-nascidos, incluindo a reanimação neonatal. As indicações para uma cesariana devem referir os incómodos do feto, que em muitos países são uma causa de taxas crescentes de cesarianas. Contudo, em locais com recursos insuficientes, a segurança da mãe deve ser prioritária. Se o pessoal não poder tratar das complicações, deve averiguar se existe possibilidade de referenciação imediata, tanto da mãe como do recém-nascido, para serviços que as possam tratar. As auditorias às mortes maternas e aos partos que quase tiveram um mau desfecho devem também analisar os casos de nados-mortos e de mortes neonatais. As avaliações dos COE devem incluir funções sinaléticas dos recém-nascidos, particularmente a reanimação, e outros indicadores fundamentais como as taxas de nados-mortos durante o parto (intraparto) e a taxa de mortalidade neonatal precoce. Aos indicadores de processo da ONU estão a ser acrescentados novos indicadores, conforme se refere abaixo.¹⁶

4. Aumentar os aprovisionamentos de materiais essenciais e melhorar a gestão dos produtos

Se bem que a maioria dos cuidados de saúde imediatos a prestar aos recém-nascidos não dependa muito de equipamentos e de medicamentos, são necessários alguns produtos, como os sacos e as máscaras para reanimação. Na Ásia, os sacos e as máscaras produzidos localmente custam cerca de 10 dólares cada um, mas em África estes artigos são importados a um preço oito vezes superior e não estão disponíveis em toda a parte. A fim de gerir os stocks dos produtos é necessário rever as existências disponíveis para os cuidados maternos e acrescentar os produtos necessários aos recém-nascidos. Os esteróides pré-natais para as mulheres em trabalho de parto prematuro são muito eficazes para reduzirem as mortes dos bebés prematuros devido a complicações respiratórias³³. Contudo, poucos serviços com esta capacidade estão a seguir essa prática, e o esteróide adequado, embora de custo relativamente baixo, não consta de muitas listas de medicamentos essenciais. Os equipamentos, os materiais e produtos, os medicamentos e outros artigos para COE têm sido melhorados segundo normas internacionais de kits pré-embalados, e um método semelhante pode funcionar para os materiais essenciais e de emergência dos recém-nascidos que sejam adequados para os diversos níveis de cuidados. (Quadro III.3.2). Também é importante que se preste atenção ao reforço da logística das rotinas do sistema de saúde para os aprovisionamentos. São necessárias inovações para desenvolver dispositivos mais robustos e de menores custos que se possam utilizar em locais onde o fornecimento de electricidade seja instável.

CAIXA III.3.5 O sopro da vida

Todos os assistentes especializados deverão ser capazes de reanimar bebés que não respirem à nascença. A sua formação requer prática baseada na competência, com um boneco-modelo para reanimação.

Nos serviços de obstetria, deve existir uma equipa de reanimação neonatal para prestar assistência aos partos, especialmente para as cesarianas, bebés muito prematuros ou bebés que se apresentem de nádegas à nascença, ou para os partos em que se encontre presente líquido amniótico espesso, manchado com mecónio.

O Hospital Distrital de Kayunga, no Uganda, situado a menos de uma hora de distância, por estrada, de Kampala, serve uma população de 320 000 habitantes. A sala de partos tem três camas hospitalares.

O espaço dedicado à reanimação dos recém-nascidos foi montado em 2005 com a ajuda de neo-natologistas do hospital escolar nacional. Num só ano, foram reanimados 25 recém-nascidos com um índice de Apgar inferior a 5. Vinte e três sobreviveram e dois morreram. Sem reanimação, muitos destes bebés teriam morrido ou sofrido de lesões cerebrais graves.



QUADRO III.3.2 Onde, o quê e quem? Materiais para os cuidados essenciais e de emergência dos recém-nascidos

Onde?	O que é necessário?	Quem utiliza?
Kit de parto higiênico para partos em casa	Folha de plástico, lâmina, atilho para o cordão umbilical, folheto com imagens sobre os sinais de perigo materno e do recém-nascido	O indivíduo que presta assistência ao parto, nos casos em que não exista um assistente especializado
Kit essencial de recém-nascido para partos em casa com assistência especializada	O mesmo conteúdo que acima, mais uma balança portátil de pesagem, medicamentos essenciais, saco e máscara, seringa de pêra (de borracha) ou unidade portátil de sucção	Assistentes especializados
Kits essenciais de recém-nascidos para serviços de saúde ou centros de saúde	O mesmo conteúdo que acima, mais balança de pesagem, máquina de sucção e, possivelmente, oxímetros de pulso	Assistentes especializados
Kits essenciais de recém-nascidos para hospitais	O mesmo conteúdo que acima, mais 4 cânulas medidoras de valores e de fluidos; sondas nasogástricas; termômetro para leitura de baixas temperaturas; oxigênio; antibióticos injectáveis	Assistentes especializados e médicos

Nota: Vide no CD anexo uma lista pormenorizada e outros equipamentos opcionais

5. Possibilidades de melhoramento de práticas saudáveis em casa e de interligar estas com os serviços de saúde

Promover o planeamento do parto e a preparação para as emergências. É importante esclarecer que promover a preparação para o parto e as boas práticas domésticas de cuidados de saúde para mães e recém-nascidos é diferente de promover os partos em casa. As experiências realizadas no âmbito de certos programas revelam que quando as comunidades estão melhor informadas sobre as boas práticas e preparadas para as complicações maternas e dos

recém-nascidos, há mais mulheres a darem à luz nos serviços de saúde.³⁴ O envolvimento da família e da comunidade na preparação de um plano de parto e de emergência também pode encurtar a primeira demora (Caixa III.3.1) relativamente a decidir se e onde procurar assistência médica se ocorrerem complicações durante o parto em casa. As mães, os membros da família e os trabalhadores comunitários deverão estar conscientes dos sinais de perigo de complicações, tanto relativamente à mãe como relativamente ao recém-nascido (Caixa III.3.6).

A disponibilidade cada vez maior de telemóveis nas áreas rurais pode facilitar as comunicações de emergência. A mobilização da comunidade para a constituição de equipas de transportes de emergência pode melhorar o acesso aos COE, conforme acontece nas áreas rurais da Tanzânia, onde as comunidades trabalharam em conjunto para fornecerem equipas de maqueiros por bicicleta ou por barco para as mulheres com complicações durante o trabalho de parto.³⁵ No Gana, o governo reembolsa as cooperativas locais de transporte para levarem ao hospital as mulheres e os bebês em situações de emergência. Os sistemas comunitários de pré-pagamento podem ajudar as famílias pobres a diminuir os encargos com pagamentos de taxas moderadoras nos serviços de saúde.

Ponderar o papel das residências-maternidade junto dos hospitais. As residências-maternidade junto dos hospitais podem ajudar a preencher as lacunas que existem entre a casa e os serviços de saúde³⁶ e diversos estudos realizados em África revelaram que existe uma diminuição significativa de nados-mortos e de mortes neonatais nas mulheres que utilizam essas residências.³⁷ As mulheres que vivem longe dos serviços de saúde, que tiveram problemas de saúde durante a gravidez e resultados negativos, são as clientes que mais recorrem a essas residências. Muitos hospitais distritais de África possuem já uma residência dessas, mas as condições e modos de utilização variam. As experiências no terreno demonstram que uma residência de preço acessível que preste cuidados de saúde básicos, conforto e segurança, que receba familiares e crianças, e que esteja situada próximo do serviço de COE tem probabilidades de ser muito frequentada.

CAIXA III.3.6 Sinais de perigo durante e imediatamente após o parto

Se surgir qualquer um destes sinais de perigo, a mãe e o bebé devem imediatamente ser tratados num hospital ou num centro de saúde:

Mãe

- Se as águas se romperem e ela não entrar em trabalho de parto
- As dores do trabalho de parto duram mais de 12 horas
- Forte hemorragia (enche mais de duas ou três compressas em 15 minutos)
- Placenta não expulsa uma hora depois do parto

Bebé

- Dificuldade de respirar (não chorar à nascença)
- Incapaz de se alimentar
- Febre (>38°C) ou sensação de frio (<35,5°C)
- Muito pequeno (menos de 1 500 gramas ou nascido antes das 32 semanas)
- Espasmos ou convulsões
- Hemorragia excessiva

Fonte: Adaptada da referência¹⁷



Ponderar a possibilidade de recorrer a serviços comunitários prestados por parteiras. Nos locais onde as famílias têm acesso aos serviços de saúde, a modelagem da eficácia em termos de custo/benefício sugere que a solução com base num serviço de saúde com parteiras em número suficiente e uma qualidade de serviço aceitável seria a solução mais rápida para uma melhoria dos serviços prestados.³⁰ Contudo, nos locais onde o acesso aos serviços seja muito difícil, alguns países podem considerar, como estratégia provisória, prestar assistência aos partos que ocorrem em casa, como a que foi implementada na Indonésia.³⁸ As parteiras profissionais poderiam trabalhar fora de suas casas ou com outras parteiras em unidades de parto se for possível prestar um apoio eficaz, e proceder a referências de uterinas para outras unidades quando isso seja necessário. Em áreas rurais do Quênia, um esquema-piloto empregou parteiras aposentadas para prestarem assistência a partos em casa e pô-las em ligação com serviços de saúde locais para terem apoio no caso dessas referências.³⁹

Incentivar parcerias parteiras-ATPs. As ATPs não são um grupo homogêneo: algumas têm formação, mas a maioria não a tem; algumas têm empresas bem estabelecidas, mas a maioria só assiste alguns partos por ano; a maioria trabalha em casa, mas algumas trabalham em serviços de saúde quando há falta de assistentes profissionais. Se bem que algumas ATPs estejam ligadas ao sistema de saúde ao comunicarem ao serviço de saúde mais próximo o número de partos a que prestaram assistência mensalmente, a maioria não é controlada. Embora as ATPs tenham vindo a prestar assistência aos partos e sejam muitas vezes membros reconhecidos da comunidade, não são assistentes especializadas e, se isoladas, não conseguem salvar vidas de mulheres em situações de emergência. Não há evidências da eficácia da reanimação neonatal praticada pelas ATPs durante os partos em casa. Por conseguinte, o reconhecimento rápido dos problemas e a referência das mulheres com complicações obstétricas deverá ser uma prioridade programática. Contudo, tal como se descreve de passagem na Caixa III.3.7, as ATPs podem dar um contributo válido, especialmente quando promovem e divulgam cuidados especializados e ao acompanharem as mães para que os partos se realizem nos serviços de saúde, onde há cuidados essenciais para elas e para os recém-nascidos. Nos casos em que as ligações foram implementadas e se definiram funções que as ATPs podem desempenhar para estimular as referências das parturientes para as unidades de saúde competentes, essas referências aumentaram substancialmente.^{40/41} As ATPs podem servir como divulgadoras dos cuidados especializados, mas só terão capacidade para desempenhar este papel quando existam

CAIXA III.3.7 Novas funções para as assistentes tradicionais de partos

Uma assistente tradicional de partos, de Canda, no Burundi, fez o seguinte relato do modo como tem podido contribuir para tornar os partos mais seguros:

“Quando um parto em casa está iminente, posso dar apoio à mulher, mas mesmo uma mulher com um parto aparentemente normal, pode ter problemas internos. É muito difícil dar à luz em casa porque as mulheres e os bebés podem morrer. Agora vou com as mulheres a um centro de saúde para que dêem aqui à luz e porque há cinco enfermeiras e vem uma ambulância do hospital provincial buscar-nos se houver complicações. Não me pagam nada, mas a família partilha comigo alguns alimentos e presentes que a mãe recebe após o parto”

boas relações de trabalho com os assistentes especializados e com o restante pessoal das unidades de saúde em causa (Caixa III.3.11).

Para partos não assistidos, promover práticas saudáveis. Quando os cuidados especializados ainda não estiverem acessíveis, devem tomar-se medidas provisórias para mobilizar as famílias e as comunidades e assegurar que cada mulher beneficie de um parto limpo e de cuidados adequados à mãe e ao recém-nascido. Devem reconhecer-se e comunicar-se imediatamente aos serviços de saúde os sinais de perigo. As práticas saudáveis mínimas devem incluir:

- Parto limpo através dos “seis princípios de limpeza” (Caixa III.3.8) ou kits de parto limpo. As práticas de parto limpo poderão evitar seis a nove por cento dos 1,16 milhões de mortes de recém-nascidos nos países da África Sub-Sahariana (Para mais informações sobre os dados desta análise, vide as notas da página 226).

CAIXA III.3.8 Os seis “princípios de limpeza”

1. Assistente com as mãos limpas
2. Superfícies limpas
3. Bisturi limpo
4. Cordel limpo para o nó umbilical
5. Toalhas limpas para secar o bebé e agasalhá-lo
6. Roupas limpas para agasalhar a mãe

- Assistência ao recém-nascido, incluindo limpeza, aquecimento, (aconchego pele contra pele), iniciação da amamentação exclusiva logo na primeira hora de vida e cuidados aos olhos e ao cordão umbilical
- Cuidados adicionais aos bebés prematuros (pré-termo) e com BPN se o bebé for pequeno mas puder ser amamentado
- Respeito pelas normas de PTV relativas ao VIH no caso das famílias de que se conhece a situação quanto ao VIH, por exemplo, promovendo alternativas à amamentação, se possível e conveniente
- Reconhecimento a tempo de sinais de perigo na mãe e no recém-nascido e referência para serviços de saúde competentes
- Promoção do registo dos recém-nascidos
- Promoção do espaçamento dos partos e do planeamento familiar
- Promoção precoce das vacinações

6. Incluir indicadores dos recém-nascidos no controlo e na avaliação

Os programas de cuidados de saúde das mães e dos recém-nascidos devem ser avaliados com base num conjunto de indicadores consensuais, tanto qualitativos como quantitativos. Na maioria dos países, os sistemas habituais de informações sobre a saúde registam eventos como o número de admissões, os partos, as cesarianas, etc. Há poucas informações sobre a saúde materna e neonatal, tais como a taxa de nados-mortos durante o parto, de bebés que necessitam de reanimação e respectivos resultados, e da percentagem de recém-nascidos que recebem cuidados essenciais, entre outras (Caixa III.3.9). Esta lacuna poderia ser preenchida incluindo indicadores-chave de cuidados aos recém-nascidos nos registos das maternidades, nos resumos mensais, nos sistemas de gestão de informações sobre a saúde, nos inquéritos IDS, nas Avaliações de Prestação de Serviços (APS), e noutros grandes inquéritos, assim como procurando respeitar os processos de controlo e avaliação para cada país dos ODM. Um novo indicador recentemente acrescentado aos indicadores de processo das Nações Unidas é a taxa de casos fatais durante o parto, que mede a proporção de nados-mortos (recentes) durante o parto e de mortes neo-natais muito rápidas (dentro das primeiras 6 ou 12 horas de vida) entre bebés que pesam mais de 2 500 gramas.¹⁶ Esta é uma medida sensível da qualidade da assistência ao parto.

CAIXA III.3.9 Indicadores-chave da saúde dos recém-nascidos durante o parto

- Partos assistidos por um assistente especializado^{*#}
- Necessidades satisfeitas relativamente aos cuidados obstétricos de emergência
- Taxa de nados-mortos (macerados e recentes)
- Recém-nascidos que precisaram de reanimação
- Recém-nascidos que receberam cuidados de saúde essenciais durante o parto por assistentes especializados
- Amamentação dentro de uma hora após o parto
- Pessoal especializado nos serviços de saúde competentes para gerir complicações dos recém-nascidos

^{*}“Key newborn and child indicators in Countdown to 2015 child survival process”⁴²

[#]“Core WHO reproductive health indicators”⁴³

Vide Secção IV para uma lista completa de indicadores.

Além disso, a cobertura global e a qualidade dos registos de partos tanto relativamente às mães como aos bebés tem de ser melhorada. Actualmente as mortes maternas e neonatais, as complicações e os resultados, não são devidamente registadas, o que tem como resultado uma subavaliação das mortes maternas e neonatais e dos nados-mortos. Os registos das maternidades deverão ser revistos para reflectirem os resultados fetais e dos neonatais, assim como os maternos.⁴⁴ O tipo do parto, o sexo, o diagnóstico, o tratamento e a referenciação de casos de complicações maternas e do recém-nascido deverão também ser registados. Existem outras possibilidades para incluir os resultados relativos aos nados-mortos e aos recém-nascidos nos sistemas auditoriais de mortalidade materna, tais como as referidas na publicação “WHO *Beyond the Numbers*”.⁴⁵

Criar dados básicos sólidos para os programas cujo objectivo é reduzir a mortalidade materna e neonatal é essencial para documentar os progressos e as mudanças. Isso ajudará a promover esse objectivo e a tornar prioritária a afectação de verbas orçamentais para a saúde materna e neonatal.

Dificuldades

As dificuldades que impedem a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde especializados para que se abranjam todas as mulheres e bebés podem ser consideradas barreiras ao fornecimento dos serviços e ser uma das razões da sua limitada procura.

Dificuldades para a prestação de serviços de parto

O acesso universal à assistência especializada e aos COE é particularmente difícil de conseguir devido às exigências de infra-estruturas (como os blocos operatórios funcionais), à falta de recursos humanos (nomeadamente pessoal clínico altamente qualificado, com capacidade de resposta rápida e disponível 24 horas por dia), e à não existência regular de sangue, de medicamentos e de equipamentos.²⁷ Calcula-se que em África serão necessárias mais 180 000 parteiras nos próximos 10 anos para assim ultrapassar a actual escassez.¹⁴ Estas quantidades necessitam de um financiamento substancial, mas os cuidados de saúde materna, neonatal e das crianças concorrem com programas verticais bem financiados. Trabalhar com programas verticais para conseguir obter sinergias para aqueles cuidados exige competências profissionais especiais ao nível das políticas e dos programas, coordenação intersectorial e uma melhoria geral do sistema de saúde.

Prestar cuidados de saúde de boa qualidade irá automaticamente criar procura na comunidade para esses serviços. Neste processo de melhoria da qualidade dos serviços deverão envolver-se as mulheres e a comunidade em geral. Os cuidados de saúde de qualidade durante o trabalho de parto caracterizam-se por uma série de competências fundamentais definidas pela OMS, pelo Conselho Internacional das Parteiras - International Council of Midwives (ICM), e pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO).⁹ As normas e os protocolos clínicos globais existentes têm de ser adaptados e implementados localmente e a rapidez da criação de novos protocolos não é suficientemente rápida para tomar em consideração as novas evidências. A formação em serviço envolve custos directos e de oportunidade elevados, especialmente devido a um fluxo constante de novas evidências que implicam nova formação. Os actuais instrumentos e protocolos de monitorização deverão ser revistos para se garantir um apoio adequado ao pessoal e assim se prestarem serviços integrados eficientes e de qualidade. A análise da mortalidade materna e

CAIXA III.3.10 Reduzir as demoras e melhorar a assistência especializada: progressos no Centro de Saúde da Comunidade de Ntobwe

Graças à melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados, o número de partos no Centro de Saúde da Comunidade de Ntobwe, no Ruanda, tem vindo a aumentar ao ponto de, praticamente, todas as mães estarem agora a dar à luz no centro de saúde da comunidade. Quase todas as mães frequentam os serviços de Controlo Pré-Natal (CPN) e recebem as intervenções essenciais: vacinação contra o toxóide tetânico, aconselhamento sobre sinais de perigo, informações sobre amamentação, tratamentos intermitentes preventivos da malária na gravidez, e PTV. O enfermeiro do centro não recebeu formação de COE, e por isso referencia a maioria das complicações obstétricas para o hospital distrital de Muhororo, utilizando para isso macas. O centro de saúde da comunidade funciona também como residência de espera para as mulheres que vivem muito longe. Após 38 semanas de gravidez, uma mãe pode esperar no centro de saúde da comunidade, sem pagar taxas moderadoras, desde que tenha ido a três consultas de CPN. A alimentação é da responsabilidade dos familiares.

Na maioria dos casos, os assistentes tradicionais de partos (ATP) deixaram de prestar assistência a partos devido a uma maior consciência da comunidade e também a intervenções administrativas. As novas funções dos ATP são a educação e a promoção da saúde. Numa reunião da comunidade, uma ATP disse “Nós prestávamos assistência aos partos porque as pessoas não tinham dinheiro para pagar os serviços e o hospital distrital fica demasiado longe. Agora as pessoas estão inscritas na segurança social e o centro de saúde local presta bons serviços. Por isso já não existem dificuldades. Perdemos o nosso emprego, mas estamos felizes por as mães e os bebés poderem sobreviver.”

Mais de 90 por cento dos lares estão inscritos na segurança social, o que custa 1 dólar por ano a cada membro da família. Em caso de doença, um utente precisa de pagar apenas uma parcela inicial de 0,50 dólares e o resto dos serviços é grátis. Contudo, se um utente precisar de ir para o hospital distrital, apenas 20 por cento de todos os custos estão cobertos pelos serviços de saúde. Quatro serviços de transportes de emergência transportam os casos urgentes com base num esquema de partilha de custos. Devido a um sistema eficaz de gestão das informações consegue-se melhorar os cuidados de saúde. Se, por exemplo, uma mulher no terceiro trimestre de gravidez, portanto perto da data prevista para o parto, não aparecer nos serviços, o centro comunitário de saúde localiza a mulher para saber se a data do parto tinha sido mal calculada, ou para prestar serviços de acompanhamento se por ventura ela deu à luz em casa.

perinatal, a análise dos casos quase fatais e as auditorias clínicas baseadas em critérios bem definidos, associadas a acções concretas, resolverão eficazmente os problemas de má qualidade dos serviços e diminuirão as mortes maternas e neonatais provocadas por factores evitáveis. É indispensável que exista um grau elevado de responsabilidade do pessoal de saúde para que os serviços prestados tenham qualidade.⁴⁶ As frequentes alterações do quadro do pessoal, pouco depois da sua formação, e a fuga de cérebros constituem um enorme desafio para a sustentabilidade dos serviços. A falta de motivação do pessoal reduz também a qualidade dos cuidados de saúde.²⁷ A Caixa III.3.1.1 descreve o modo como um centro de saúde do Burundi melhorou a prestação da assistência aos partos.

Pouca procura de assistência especializada aos partos

Ao mesmo tempo, aumentar a procura de assistência especializada é fundamental para assegurar uma eficaz prestação de cuidados continuados de saúde desde casa até aos serviços de saúde, destacando-se os cuidados essenciais a prestar às mães e aos recém-nascidos e tentando-se melhorar o comportamento dos utentes no que diz respeito à procura de cuidados nos casos complicados. Em muitos locais, a falta de cooperação entre as parteiras ou os

obstetras e as ATP enfraquece os laços entre a comunidade e os centros de saúde da área. (Vide Caixa III.3.10). Se bem que algumas das limitações relacionadas com o parto derivem da própria forma de prestação dos serviços, há questões específicas relacionadas com o acesso e a procura que também impedem que as mulheres e os seus bebés recebam os cuidados de que necessitam:

- Falta de confiança na qualidade dos serviços prestados pelos serviços de saúde;
- Falta de conhecimento dos sinais de perigo obstétricos e neonatais entre os membros da família;
- Práticas e crenças culturais;
- Custos catastróficos para as famílias. As taxas moderadoras, em especial, afectam o acesso aos cuidados obstétricos porque os custos hospitalares dos COE podem ser muito elevados. Por exemplo: um estudo efectuado no Benim e no Gana constatou que o custo de uma cesariana poderia chegar a um terço do rendimento anual médio de um lar.³

CAIXA III.3.11 **Melhoria dos cuidados de saúde neonatal e materna: Centro de Saúde de Madanba, Burundi**

O Centro de Saúde de Madanba, que recebe apoio do UNFPA, conseguiu melhorar com êxito os cuidados de saúde prestados às mães e aos recém-nascidos. Situado numa grande cidade junto à fronteira com a Tanzânia, este centro cobre uma população de 13 000 habitantes. Há 13 enfermeiras com competência de parteiras e todas as mulheres grávidas que ali acorrem para se submeterem a Controlo Pré-Natal (CPN) beneficiam de CPN focalizado e de instruções relacionadas com a gravidez, com o recém-nascido e com a assistência materna. A sala de partos possui duas camas e está bem equipada. O êxito do centro deve-se aos seguintes factos:

- O serviço de saúde está bem gerido e o pessoal está motivado
- Em cada parto utiliza-se um partograma e preenchem-se os formulários normais de maternidade
- As mães e os bebés continuam internados durante 24 horas se o parto foi normal
- O centro presta toda a assistência obstétrica fundamental de emergência, excepto a extracção por vácuo
- Na sala de partos exibem-se claramente informações sobre os cuidados a prestar ao recém-nascido, assim como os sinais de perigo que a mãe e o recém-nascido podem apresentar
- A enfermeira encarregada chama uma ambulância do hospital provincial sempre que há uma emergência
- Todos os recém-nascidos com baixo peso são transferidos para hospitais provinciais



Medidas práticas

- *Políticas e planeamento* - Garantir que o Roteiro e outros documentos das políticas se convertam em intervenções realmente eficazes. Delegar as competências para salvar vidas nos profissionais de saúde de nível médio, e prestar serviços essenciais aos recém-nascidos em cada casa através de subcontratados externos com ligações ao sistema de saúde. Desenvolver e implementar estratégias para garantir a qualidade dos serviços e o acesso a eles em condições de igualdade.
- *Recursos* - A afectação de verbas nacionais e dos doadores deverá dar prioridade à assistência à saúde materna e neonatal. Estabelecer ligações mais estreitas com os serviços de PTV, de pediatria, e com outros programas, para preencher lacunas dos recursos.
- *Directrizes* - Criar, divulgar e implementar directrizes nacionais normalizadas para a gestão da assistência durante o trabalho de parto e o parto, incluindo a assistência essencial ao recém-nascido e o manejo das complicações obstétricas e dos recém-nascidos.
- *Recursos humanos* - Melhorar a competência dos médicos, do restante pessoal clínico, das parteiras e das enfermeiras para o manejo dos partos, incluindo os cuidados essenciais aos recém-nascidos, assim como as complicações obstétricas e dos recém-nascidos, incluindo a reanimação. Melhorar a acreditação, a regulamentação e a garantia de qualidade dos serviços. Melhorar as condições de trabalho e as remunerações.
- *Gestão* - É necessário e urgente melhorar a capacidade de gestão dos programas de saúde materna e neonatal, tanto a nível nacional, como a nível distrital.

- *Infra-estruturas e materiais* - Ponderar a criação de residências-maternidade junto dos hospitais, acolhedoras para as mulheres, onde elas possam aguardar a sua admissão no hospital. Todas as salas de parto devem possuir um recanto aquecido e limpo para os recém-nascidos, onde se lhes possam prestar cuidados essenciais e proceder a reanimações. Certificar-se de que existem medicamentos e materiais essenciais ao recém-nascido. Devem fornecer-se às utentes kits pré-embalados para os cuidados dos recém-nascidos, específicos para os tratar a nível da comunidade, de um centro de saúde ou de um hospital.
- *Controlo* - Recolhem-se mais informações do que aquelas que depois se analisam e põem em prática, especialmente no que se refere a prestar intervenções essenciais aos pobres. As medidas práticas para se melhorarem as informações sobre os recém-nascidos incluem a inserção das funções sinaléticas dos recém-nascidos nos indicadores de processo dos COE e no sistema de informações de rotina sobre a saúde.
- *Investigação* - A investigação operacional para gerar evidências locais constitui uma base importante para a melhoria dos serviços. Há falta de dados básicos de confiança sobre a verdadeira dimensão da TMN e faltam testes em grande escala para orientar as políticas e as práticas, como é o caso da reanimação de recém-nascidos a nível da comunidade pelos TCS ou pelas ATP. Dois pequenos estudos realizados na Ásia utilizaram trabalhadores comunitários para efectuarem reanimações em casa, mas não se conseguiu demonstrar que houve uma diminuição significativa da mortalidade neonatal.^{20;47} É necessário proceder a mais investigação que também analise a viabilidade e eficácia em termos de custo-benefício.

Conclusão

Se 90 por cento das mulheres grávidas africanas dessem à luz com um assistente especializado e tivessem acesso a cuidados obstétricos de emergência eficazes e a assistência neonatal imediata, poderiam evitar-se anualmente cerca de 395 000 mortes de recém-nascidos africanos. Além disso, poderiam salvar-se as vidas de muitas mulheres e evitar-se-iam numerosos nados-mortos. Os progressos para se melhorar a assistência especializada aos partos e os COE têm sido desanimadores. Em África, a proporção de partos com a presença de um assistente especializado não tem progredido desde há uma década. Duas de cada três mulheres com complicações obstétricas não recebem os cuidados necessários, e poucos bebés recebem cuidados essenciais simples, e muito menos cuidados

eficazes de reanimação no caso dos bebés prematuros e dos bebés com BPN. Porém, melhorar a assistência ao parto é fácil de conseguir com vontade política e mais investimento. Conseguir-se-ão alcançar os progressos necessários, mas isso requer tempo, uma melhoria importante dos sistemas de saúde, recursos humanos e infra-estruturas, ao longo das próximas duas décadas.³⁰ Entretanto, há medidas que se podem tomar para melhorar a qualidade e utilizar os serviços de saúde existentes, como promover o aumento da procura dos serviços, melhorar as ligações com a comunidade e promover comportamentos domésticos simples para salvar vidas onde elas sejam mais vulneráveis.



Medidas prioritárias para melhorar a assistência aos recém-nascidos durante o parto

- Mover influências para se conseguir um aumento de investimentos para a assistência aos partos e para os cuidados obstétricos de emergência (COE) por pessoal especializado, e para a utilização desses investimentos na melhoria dos sistemas de saúde, no aumento do número de profissionais de saúde com conhecimentos obstétricos (parteiras) e para distribuir prioritária e equitativamente os postos de trabalho.
- Integração e convergência: em vez de criar um programa vertical para os recém-nascidos, reflectir sobre como integrar intervenções eficazes a eles destinadas, com programas já existentes de saúde, de nutrição, de prevenção da transmissão vertical do VIH (PTV) e com outros programas que possuam um potencial elevado para promover o melhoramento dos serviços.
- Ao melhorarem-se as políticas e as práticas da assistência especializada aos partos:
 - Melhorar em todos os partos os cuidados essenciais especializados para os recém-nascidos, criando-se para isso em cada sala de parto um recanto especialmente destinado aos recém-nascidos
 - Incluir cuidados essenciais e de emergência para os recém-nascidos ao melhorarem-se os COE
- Resolver os problemas de equipamento e de materiais e produtos existentes no sistema de saúde e ponderar a criação e distribuição de kits internacionalmente normalizados e pré-embalados, para cuidados essenciais e de emergência destinados aos recém-nascidos, assim como para os COE
- Melhorar as ligações entre os domicílios e os hospitais através de uma melhoria das comunicações e dos serviços de referenciação de utentes entre unidades de saúde, as residências tipo maternidade para parturientes que aguardam admissão num hospital, as parcerias com assistentes tradicionais de partos e com parteiras, e com os planos de transporte comunitários de emergência
- Resolver problemas financeiros relativos às assistências especializadas, particularmente com os COE, através de diversas opções como alterar o esquema das taxas moderadoras e ponderar determinados esquemas de pré-pagamento
- Chegar a consenso sobre um conjunto de indicadores de controlo para os COE que inclua a saúde dos recém-nascidos, e utilizar estes dados para promover melhorias na cobertura e na qualidade dos cuidados de saúde

