REDE DE CUIDADOS DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

USAID
HUSI POVO AMERICANO

access
Access to clinical and community maternal, neonatal and women's health services

REDE DE CUIDADOS DO DOMICÍLIO PARA O HOSPITAL DE SAÚDE MATERNA E NEONATAL

OUTUBRO 2005

Os autores deste plano de acção são Joseph de Graft-Johnson, Pat Daly, Susan Otchere, Nancy Russell e Robin Bell. Este documento foi revisto por diversas pessoas que contribuíram com os seus conhecimentos e experiência para a sua versão final. A associação ACCESS gostaria de agradecer aos membros do grupo de trabalho do Programa ACCESS Household-to-Hospital Continuum of Care (HHCC) (Rede de cuidados do domicílio para o hospital de saúde materna e neonatal(RCDH), assim como a Stella Abwao, Koki Agarwal, Deborah Armbruster, Frances Ganges, Lily Kak, Marge Koblinsky, Joy Lawn, Nahed Matta, Mary Beth Powers, Theresa Shaver, Gail Snetro e Mary Ellen Stanton, pela a assistência na revisão de documentos preparatórios e na formulação de recomendações que consolidaram este plano de acção.

GRUPO DE TRABALHO DO PROGRAMA ACCESS HCCC (RCDH)
Patricia Gomez, JHPIEGO
Gloria Metcalfe, JHPIEGO
Susan Otchere, EUA, Salvem as Crianças (Save the Children USA)
Diana Beck, Universidade Americana de Enfermeiras-Parteiras (American College of Nurse-Midwives)
Pat Daly, EUA, Salvem as Crianças
Nancy Russell, O Grupo do Futuro (The Futures Group)
Daniel Aukerman, Assistência Médica Inter-igrejas (Interchurch Medical Assistance)
Berengere DeNegri, Academia para o Desenvolvimento Educacional (Academy for Educational Development)
Sarla Chand, Assistência Médica Inter-igrejas
Joseph de Graft-Johnson, EUA, Salvem as Crianças
Indira Narayanan, BASICOS (BASICS)
Robin Bell, EUA, Salvem as Crianças

O Programa ACCESS é um programa global da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, para melhorar a saúde materna e neonatal. O Programa ACCESS trabalha para expandir a cobertura, o acesso e a utilização de serviços chave de saúde materna e neonatal, através de cuidados contínuos do domicílio até ao hospital – com o objectivo de tornar acessíveis os serviços de saúde de qualidade, e tão perto quanto possível do lar.

A JHPIEGO implementa o programa em parceria com Salvem as Crianças, O Grupo do Futuro, a Academia para o Desenvolvimento Educacional, a Universidade Americana de Enfermeiras-Parteiras e a Assistência Médica Inter-igrejas.

Para obter informações, contacte:

O Programa ACCESS
JHPIEGO
1615 Thames Street
Baltimore, MD 21231-3492
Tel.: 410.537.1845

Esta publicação foi tornada possível graças ao apoio da Divisão de Cuidados de Saúde Materno-Infantil (Maternal and Child Health Division), Instituto da Saúde (Office of Health), Doenças Infecciosas e Nutrição (Infectious Diseases and Nutrition) , Gabinete de Saúde Global (Bureau for Global Health) da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, nos termos do Acordo Cooperativo entre Líder e Associados GHS-A-00-04-00002-00. No entanto, as opiniões aqui expressas são as dos autores e não reflectem necessariamente o ponto de vista da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional.

Autor da fotografia da capa: Ayesh Vellani/Pakistan

Autor da Figura 1 (pág. 4): Susan Otchere, Mary Beth Powers e Frances Ganges, EUA, Salvem as Crianças

♻ Impresso em papel reciclado.

Brian Moody/Malaui

ABREVIATURAS

AT	Imunização anti-tetânica
CAC	Comunicação de alteração comportamental
CCHC	Rede de cuidados do domicílio para o hospital
CECON	Cuidados essenciais completos obstétricos e neonatais
CEMN	Cuidados essenciais maternos e neonatais
CEN	Cuidados essenciais neonatais
CPN	Cuidados Pré-natais
DST	Doença sexualmente transmissível
GATFTP	Gestão activa da terceira fase do trabalho de parto
MS	Ministério da Saúde
OI	Organização idónea
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
PP/RC	Preparação para o parto/Preparação para resposta a complicações
PT	Parteira tradicional
PTHMF	Prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho
RCDH	Rede de cuidados do domicílio para o hospital
RTI	Redes tratadas com insecticida
TPP	Tratamento preventivo periódico da malária
TSC	Trabalhador de saúde comunitário
TSVD	Técnicas de salvamento de vidas a executar no domicílio
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População (United Nations Population Fund)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations Children's Fund)
USAID	Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional

Ayesh Vellani/Pakistan

INTRODUÇÃO

Os trabalhadores de saúde que labutam para melhorar os cuidados de saúde nos países em vias de desenvolvimento, geralmente concluem que a resolução das labutam múltiplas de mortalidade e de morbilidade materna e neonatal, deveria ser uma das primeiras prioridades, mas nos últimos 20 anos pouco se tem evoluído neste sentido. Milhões de mulheres que não têm acesso a cuidados especializados durante a gravidez, no parto e no primeiro mês de vida dos seus filhos, vêem a alegria especial que as mães e as famílias sentem com o nascimento de um filho, ensombrada pelos riscos de vida que tanto a mãe como a criança têm de enfrentar. Diversas vezes, o milagre de uma nova vida é transformado numa luta dolorosa pela sobrevivência.

Todos os anos morrem no mínimo 529.000 mulheres, em consequência da gravidez ou do parto, quase todas em países em vias de desenvolvimento[1]. Por cada mulher que morre de complicações relacionadas com a gravidez, 30 ficam incapacitadas. A mortalidade neonatal é ainda maior: Todos os anos morrem mais de quatro milhões de crianças nos primeiros 28 dias de vida, mais uma vez, a maioria nos países em vias de desenvolvimento. Três quartos destas mortes ocorrem na primeira semana de vida, e 25% ocorrem nas primeiras vinte e quarto horas após o nascimento[2]. A enorme perda de vidas é desnecessária e inaceitável: Uma elevada percentagem de mortes maternas e neonatais pode ser evitada, facilitando às mulheres grávidas o acesso a trabalhadores de cuidados de saúde competentes e às intervenções peritas, eficazes e executadas em tempo útil, para as mães e para os recém-nascidos[3,4,5].

Embora estejam documentadas intervenções eficazes para a maioria das causas de morte materna e de recém-nascidos[3,5,6], a prestação eficaz de cuidados de saúde ainda constitui um enorme desafio para os países em vias de desenvolvimento, onde mais de 60 milhões de mulheres têm o parto sem o auxílio de trabalhadores de saúde qualificados, a maioria no domicílio[7]. Para muitas mulheres, o acesso às unidades sanitárias é dificultado pela distância ou pelo custo dos serviços, ou porque o transporte não existe ou é financeiramente incomportável. Para além disso, as barreiras sociais existentes para as mulheres – tais como a falta de poder de decisão, de liberdade de movimento, de controlo financeiro ou a incompatibilidade cultural das unidades sanitárias – podem dissuadi-las de recorrem aos serviços maternos e neonatais. Diversos países comprometeram-se em cumprir as Metas de Desenvolvimento do Milénio das Nações Unidas de redução da mortalidade materna em três quartos e a mortalidade infantil em dois terços, até 2015. Para cumprir a última meta, deverá estabelecer-se uma estratégia para reduzir a morte de recém-nascidos, uma vez que 38% das mortes de crianças ocorrem durante o período neonatal. Estas metas serão inatingíveis se as barreiras aos cuidados de saúde não forem efectivamente abolidas.

Estudos comprovam que os cuidados essenciais maternos e neonatais (CEMN), implementados ao nível da comunidade, podem reduzir dramaticamente o número de mortes de mães e recém-nascidos, mesmo para os casos em que as mães têm os partos no domicílio assistidos por trabalhadores de saúde qualificados[8,9]. Num estudo piloto realizado na Índia, as mortes de recém-nascidos foram reduzidas em 62% utilizando um modelo de cuidados a ter no domicílio com recém-nascidos. No entanto, os potenciais cuidados a ter com as mães e os recém-nascidos, implementados ao nível da comunidade, ainda não foram explorados à escala regional ou nacional.

A prestação de cuidados de saúde é igualmente problemática. Diversas unidades sanitárias de cuidados de saúde primários e unidades sanitárias distritais dos países em vias de desenvolvimento, esforçam-se para responderem às actuais solicitações de prestação de cuidados de saúde. Os desafios que enfrentam incluem:

- infra-estruturas fracas;
- falta de equipamento básico ou apropriado, assim como a falta de materiais adequados;
- número insuficiente de trabalhadores de saúde hospitalares qualificados ou baixa retenção do numero de trabalhadores existente nas unidades sanitárias junto das comunidades;
- falta de programas eficazes de educação pré-serviço e de formação contínua;
- fracas comunicações e de ligações de encaminhamento de doentes; e
- a inexistência de autoridade legal dos trabalhadores de saúde para a execução de determinados procedimentos de salvamento de vidas.

Qualquer abordagem para melhorar os serviços de cuidados essenciais maternos e neonatais, deverá resolver conjuntamente os problemas da comunidade e do sistema de saúde, de uma forma sistemática e em estreita colaboração com todos os intervenientes, de forma a ser bem sucedida. As comunidades e os trabalhadores de saúde deverão unir esforços e agir em conjunto para ultrapassarem estes obstáculos complexos, com o objectivo de a longo prazo assegurar que as mulheres grávidas e os recém-nascidos recebem em tempo útil os cuidados apropriados, de

preferência tão próximo do domicílio quanto possível. A redução da mortalidade e a morbilidade materna e neonatal será facilitada, se for desenvolvida uma abordagem completa para a resolução dos problemas dos sistemas de saúde e social da comunidade, tanto nas unidades sanitárias distritais e como nas unidades sanitárias periféricas. Esta abordagem integrada, efectuada a partir da comunidade e das unidades sanitárias, constituída por programas e implementações de cuidados de saúde maternos e neonatais, é denominada Rede de cuidados do domicílio para o hospital de saúde materna e neonatal (RCDH)[9].

RCDH na Comunidade

O ponto de partida da RCDH é o agregado familiar, que engloba a mulher grávida e a sua família. Diversas intervenções na saúde da mãe e do recém-nascido – tais como, planear o parto, local do nascimento, dormir debaixo de uma rede insecticida, descansar diariamente, ter assistência e cuidados pré e pós-natal, amamentar imediatamente, ter um parto limpo e seguro, ter os cuidados e higiene com o cordão umbilical, secar e envolver o bebé – podem ser adoptadas como práticas regulares em todos os domicílios, até naqueles com condições bastante limitadas. Através da utilização de estratégias de comunicação de alteração comportamental (CAC), as práticas de CEMN podem ser transmitidas às mulheres grávidas e aos membros das suas famílias. Em última análise, o bem-estar e a sobrevivência da mãe e do recém-nascido podem depender do sucesso da implementação e manutenção destas intervenções no domicílio.

Directamente ligados ao agregado familiar estão os trabalhadores de saúde, tais como, os trabalhadores de saúde da comunidade (TSCs), as parteiras tradicionais (PTs) e outros, formados para trabalhar com famílias nos campos de aconselhamento pré-natal, preparação do parto e preparação de resposta a complicações, nascimento limpo e seguro, conselhos e cuidados a ter com recém-nascidos e no período pós-parto. Adicionalmente, deverá ser facultado a estes trabalhadores conhecimentos sobre sinais de perigo e primeiros socorros básicos para mães e recém-nascidos, cuja aplicação no domicílio seja segura e fiável.

Outro factor crítico para os cuidados a prestar baseados na comunidade, é a participação de todos os líderes da comunidade, tais como os líderes políticos, educacionais, religiosos e outros, que detêm ou podem modificar as normas e práticas sociais. A implementação parcerias entre os líderes-chave da comunidade, as famílias, os trabalhadores de saúde e as outras partes interessadas, poderá ser um meio de expansão do alcance dos serviços de saúde materna e neonatal, levando-os tão perto do domicílio quanto possível.

No desenvolvimento da componente dos cuidados baseados na comunidade do modelo da RCDH, equipas multidisciplinares agrupam as partes interessadas e os representantes da comunidade com os representantes do sistema de saúde. Os líderes da comunidade e trabalhadores de saúde, em colaboração com as famílias e trabalhadores de saúde das unidades sanitárias, utilizam como base de trabalho, para os cuidados prestados pela comunidade, a identificação as falhas entre os serviços CEMN e selecção das melhores práticas baseadas em evidências de modelos e programas com sucesso. Em conjunto, as comunidades, os trabalhadores de saúde e as ONG, trabalham para identificar, implementar e divulgar as melhores práticas para a melhoria da saúde materna e neonatal. O sucesso das iniciativas da comunidade do programa RCDH, por sua vez, pode reforçar os esforços globais para a definição e alargamento da escala das estratégias de prevenção e de tratamento das mães e dos recém-nascidos.

Interligação Comunidade-Unidades de Sanitárias

Em diversas regiões do mundo, as lacunas físicas e sociais que separam a comunidade e as unidades sanitárias podem ser desencorajadoras. Nos locais onde, por qualquer motivo, não é possível ter acesso aos serviços de saúde, as mulheres em geral confiam nas práticas ou tradições estabelecidas pela comunidade local, para enfrentarem a gravidez, o nascimento da criança e os cuidados a ter com os recém-nascidos. Algumas destas práticas não são prejudiciais, mas algumas poderão ter resultados adversos.

Thomas Kelly/Nepal

Membros da Comunidade do Nepal, assistem a um encontro de saúde neonatal no Nepal.

Diversos dados de literatura demonstram que algumas intervenções de CAC podem ser eficazes na melhoria dos cuidados para mães e recém-nascidos, e na procura desses mesmos cuidados É igualmente demonstrado que as barreiras sociais que impedem que as mães executem e os recém-nascidos recebam, as práticas preventivas e de protecção, podem ser modificadas[8,9,10]. As intervenções CAC facilitam igualmente as acções da comunidade, tais como a criação das condições favoráveis para comportamentos correctos de saúde, a criação da procura de serviços de cuidados de saúde e o apoio e defesa do fornecimento de serviços de qualidade a mães e recém-nascidos.

Na RCHC, a mobilização da comunidade e da sociedade são os dois factores chave do processo. Mobilizando-se, a comunidade terá a capacidade de estudar as questões relacionadas com a saúde materna e neonatal e para planear, implementar, monitorizar e avaliar as estratégias de melhoria da saúde das mulheres grávidas, das mães e dos recém-nascidos. O controlo da comunidade sobre as estratégias é suportado pelo envolvimento das partes mais afectadas no planeamento e concretização das acções de saúde adequadas. À medida que os benefícios das intervenções CEMNA são aceites, as comunidades assumem o controlo e a responsabilidade da melhoria dos cuidados de saúde maternos e neonatais, e tomam acções no sentido de reforçarem a ligação entre o agregado familiar e o sistema de saúde.

A mobilização social dá-se a vários níveis dentro das coligações dos parceiros que trabalham para aumentar a consciencialização e a compreensão das causa da mortalidade e morbilidade materna e neonatal, e para encorajar as acções políticas e de defesa que vão melhorar os resultados de saúde materna e neonatal. As parcerias multisectoriais ao nível do distrito, da província e do país identificam e resolvem os desafios sistémicos e potenciam os recursos existentes para a criação ou para a melhoria do apoio à saúde materna e neonatal.

Brian Moody/Malawi

Una embarazada recibe atención prenatal en Malawi.

Eileen Burke/Pakistán

Donas de loja paquistanesas no Distrito de Haripur no Paquistão a assistirem a uma sessão de formação relativamente a pacotes básicos de parto seguro.

As coligações entre os líderes locais, as ONGs e outras partes interessadas, podem igualmente contribuir para o aumento da procura de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, ao nível das unidades sanitárias periféricas e distritais. Para fechar o círculo, os trabalhadores de saúde, tanto ao nível das unidades sanitárias periféricas com ao nível distrital, deverão aproximar-se mais das comunidades e informar as mulheres sobre os serviços de saúde disponíveis em cada nível.

Formação para a prestação de Cuidados de saúde ao nível das Comunidades e das unidades sanitárias

A formação dos trabalhadores de saúde da comunidade para a prestação eficaz de cuidados de emergência e de prevenção a mães e recém-nascidos, é particularmente importante nos países em que não existem trabalhadores de saúde suficientes para fazer face às necessidades da população. Projectos de investigação demonstraram que os trabalhadores de saúde da comunidade, incluindo os voluntários e membros dos agregados familiares, podem receber formação para que identifiquem e tratem adequadamente de recém-nascidos enfermos, e para que prestem os primeiros socorros em caso de emergências obstétricas tais como uma hemorragia pós-parto[4,11].

Os trabalhadores-chave de cuidados em cada nível da rede, deverão ter a capacidade de prestarem os serviços básicos e de encaminharem mulheres e recém-nascidos para os serviços adicionais ou emergência. Através da estreita colaboração

entre ministros da saúde (MSs), ONGs e outros parceiros, é possível fornecer assistência técnica e materiais necessários à implementação de serviços de saúde de elevada qualidade.

A RCDH reforça as capacidades dos trabalhadores de saúde – quer seja ao nível do agregado familiar, da comunidade, das unidades sanitárias periféricas ou hospitais – de gestão dos cuidados gerais maternos e neonatais, de prevenção e gestão de complicações da saúde materna e neonatal, e de encaminhamento rápido para o nível seguinte de cuidados, quando as complicações resultantes não possam ser tratadas localmente (consulte a Figura 1).

De forma a aumentar a taxa de sobrevivência materna e neonatal, os trabalhadores de saúde dos diversos níveis, deverão ter os conhecimentos necessários para executarem com a devida competência as intervenções ou os tratamentos preventivos definidos. Os investigadores demonstraram que trabalhadores de saúde com formação, tais como enfermeiras-parteiras e profissionais de medicina em geral, podem receber formação eficaz e equipamento para executarem os procedimentos de emergência obstétricos, que anteriormente se destinavam a ser utilizados exclusivamente por obstetras. No modelo RCDH, os trabalhadores de saúde ao nível do agregado familiar e/ou da comunidade, têm capacidade de prestar cuidados básicos maternos e neonatais e de utilizar as competências de salvamento de vidas no domicílio (CSVD) para prevenir e gerir algumas complicações. Além disso, têm a capacidade de tomar decisões para encaminharem situações mais complicadas para o nível seguinte, no qual os trabalhadores de saúde têm formação e equipamento para proporcionarem cuidados de emergência obstétricos e neonatais.

É essencial que a qualidade das intervenções baseadas nos CEMN, sejam executadas de forma consistente em cada nível da rede (desde a mãe e do agregado familiar até à unidades sanitárias periféricas e distritais), para assegurar a continuidade dos cuidados prestados à mãe e ao seu recém-nascido. Será necessário que as diversas partes interessadas, incluindo do MS e de outros ministérios, instituições de solidariedade, organizações idóneas (OIs) e ONGs locais e internacionais, invistam nos recursos para que este objectivo seja atingido. Por este motivo, as equipas multidisciplinares constituídas por representantes dos três níveis de prestação de cuidados de saúde, deverão envolver-se no planeamento, implementação, monitorização e avaliação do programa.

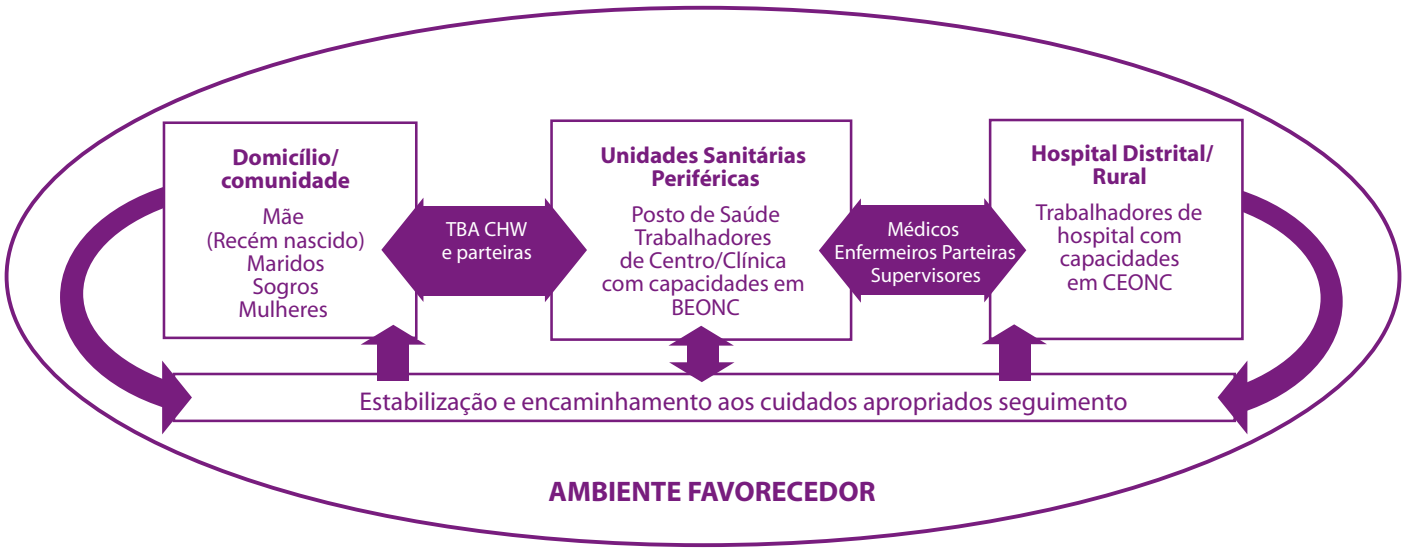
CEMN nas Unidades Sanitárias Periféricas e Distritais

O modelo RCDH identifica as unidades sanitárias periféricas como o elo entre o agregado familiar e o hospital distrital. As unidades sanitárias periféricas deverão ter os trabalhadores de saúde e o equipamento para que seja possível facultar os cuidados básicos obstétricos e neonatais (CEBON) que incluem:

1) as seis funções listadas dos serviços básicos essenciais de prestação de cuidados, conforme definidos pela UNICEF, OMS e pelo UNFPA[12]; e
2) a capacidade de facultar cuidados essenciais neonatais (CEN).

Os hospitais distritais deverão ter capacidade para executar o conjunto de serviços correspondentes aos cuidados essenciais completos obstétricos e neonatais (CECON), que incluem:

Figura 1: A Rede de cuidados do domicílio para o hospital de saúde materna e neonatal



1) as oito funções listadas dos serviços completos essenciais de prestação de cuidados, conforme definidos pela UNICEF, OMS e pelo UNFPA[12]; e
2) os cuidados para todos os recém-nascidos doentes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as unidades sanitárias periféricas em dois tipos. Unidades sanitárias do Tipo I incluem as unidades maternas e pediátricas gratuitas, as unidades sanitárias básica, os postos de saúde e os dispensários, cujos trabalhadores de saúde são enfermeiras auxiliares que prestam serviços limitados. Poderão ter uma cama destinada aos partos. Idealmente, os centros de saúde Tipo II têm uma equipa de trabalhadores de saúde multidisciplinares e oferecem mais serviços a uma maior população (consulte a Tabela 1).

É crucial para a sobrevivência das mães e dos recém-nascidos, que tanto as unidades sanitárias do Tipo 1 como as do Tipo 2, possuam o equipamento e os trabalhadores de saúde para:
- conduzirem partos normais e prestarem cuidados essenciais neonatais;
- prestarem os CEBON;
- tratar e encaminhar adequadamente recém-nascidos enfermos.

Adicionalmente, os centros de saúde do Tipo II deverão possuir a capacidade para facultar transfusões de sangue, embora não ser necessário aí existir um banco de sangue.

O hospital distrital encontra-se no final da rede de RCDH. O hospital deverá possuir trabalhadores de saúde e o equipamento necessário para prestar os CECON, assim como para garantir o tratamento de recém-nascidos enfermos a tempo inteiro. Para além dos CEBON, deverão igualmente prestar os cuidados de saúde completos de emergência obstétricos e neonatais, que englobam serviços cirúrgicos tais como a cesariana e a laparotomia, para o tratamento de gravidezes ectópicas. Os hospitais distritais deverão igualmente possuir capacidade para administrar transfusões sanguíneas e possuir um banco de sangue.

Tabela 1: Classificação da OMS de Unidades de Sanitárias Periféricas

Unidades Sanitárias Tipo I	Unidades Sanitárias Tipo II
• Possuem Enfermeiras e parteiras auxiliares • Prestam serviços limitados • Poderão ter uma cama destinada aos partos • Desenvolvimento comunitário • População abrangida <10,000	• Possuem trabalhadores multidisciplinares incluindo médicos, técnicos clínicos, enfermeiras, parteiras e/ou trabalhadores de saúde auxiliares • Serviços ambulatórios e de curativos • Promoção da saúde, prevenção e educação • Suporte aos centros intermédios • Maternidade e camas de observação • Sala de operações para serviço exterior • População abrangida no máximo de 100 000

Organização Mundial de Saúde, Pacote de cuidados de saúde mãe-bebé: implementar a maternidade segura nos países. OMS/FHE/MSM/94.1

As unidades sanitárias, quer ao nível periférico quer ao nível distrital, deverão manter a prestação de serviços-chave de saúde, 24 horas por dia, sete dias por semana. O cumprimento deste objectivo depende do reforço dos sistemas relativamente à gestão de recursos humanos, incluindo a supervisão, a manutenção de registos, acções de melhoria da qualidade, mecanismos de retorno da opinião do cliente, formação contínua e programas de formação. São igualmente críticos outros serviços de apoio, que incluem a disponibilidade de medicamentos e os sistemas de gestão de medicamentos, manutenção dos equipamentos, sistemas de comunicação e trabalho no campo com a comunidade. Para se atingir este objectivo é necessário um compromisso permanente do MS, das unidades sanitárias e de outras partes interessadas da área da saúde.

"Modelo dos Três Atrasos": Onde a Rede de Cuidados de Saúde Materna e Neonatal Tem Maior Importância

Adicionalmente às intervenções básicas CEMN preventivas, antes, durante e após o nascimento da criança, deverão ser introduzidas estratégias para lidar com as complicações maternas e neonatais. Neste modelo de "três atrasos", os programas bem sucedidos CEMN deverão indicar os momentos que correspondem ao momento em que a mulher e o recém-nascido sofrem complicações de saúde e necessitam de receber cuidados, e ao momento em que alguém deverá responder a uma situação de ameaça de vida:
- Preparação para o parto/preparação para resposta a complicações (PP/RC)13: Os membros da família deverão preparar com antecedência o parto e as acções a executarem no caso do recém-nascido ou da mãe apresentarem sinais de perigo;
- Os membros do agregado familiar com poder de decisão, deverão ser capazes de reconhecer os sinais de perigo da mãe ou do recém-nascido e não atrasar a tomada de decisão para obterem outros cuidados;
- Os recursos financeiros de emergência e de transporte deverão estar disponíveis, de forma a garantir a deslocação para as unidades de CEBON e CECON sem atrasos;
- Uma vez na unidade sanitária, os trabalhadores de saúde

Avesha Vellani/Pakistán

não deverão atrasar-se na execução do parto e nos cuidados adequados.

Apesar dos trabalhadores de saúde estarem formados para executarem diversas intervenções, dependendo do seu nível de formação, estão concentrados na dupla responsabilidade para com as mães e os bebés. A competência e a capacidade de resposta dos trabalhadores de saúde para o encaminhamento para o nível seguinte, quando necessário, são críticas para o sucesso da abordagem RCDH e para o salvamento da vida da mãe e do bebé.

Os programas que têm como objectivo o aumento da taxa de sobrevivência materna e neonatal, deverão implementar alterações na rede de cuidados do domicílio para o hospital para que:

1) introduzam conhecimentos e competências para a utilização do conjunto adequado de intervenções maternas e neonatais em cada nível;
2) assegurem que todos os trabalhadores de saúde reconhecam os sinais de perigo da mãe e do recém-nascido, e saibam quando encaminhá-los para o nível seguinte;
3) apoiem os trabalhadores de saúde competentes e mantenham unidades equipadas para fornecer os cuidados básicos e completos obstétricos e neonatais; e
4) criem elos de ligação entre os trabalhadores de saúde e as unidades sanitárias, a comunidade e as famílias para assegurar a procura e acesso atempado aos serviços de saúde de qualidade.

O PROCESSO PARA CONSTRUIR RCDH COM SUCESSO

O primeiro passo-chave para os países e as organizações implementarem a RCDH é conduzir uma avaliação dos cuidados de saúde prestados à mulher durante o período pré-natal, o parto e o nascimento da criança, os períodos de pós-parto e aos recém-nascidos logo e imediatamente após o nascimento. Utilizando os instrumentos quantitativos e qualitativos existentes para a avaliação das práticas maternas e neonatais exercidas e da assistência prestada no domicílio, em unidades sanitárias periféricas e em hospitais, os gestores dos sistemas poderão identificar para cada nível as áreas dos cuidados de saúde que necessitam de reforço. Tendo em consideração a diversidade de potenciais lacunas que poderão ser identificadas e a necessidade de formação de parcerias para a sua resolução, a avaliação deverá ser conduzida por uma equipa multidisciplinar (representativa dos especialistas em sociologia e medicina) constituída pelos trabalhadores de saúde, gestores do MS e representantes da comunidade.

A Tabela 2 descreve as actividades-chave de cada componente do programa CCHC. A definição dos componentes necessários para a implementar a capacidade dos cuidados de saúde ao nível do agregado familiar, das unidades periféricas e dos hospitais distritais, requer actividades complementares mas integradas.

• **Planeamento e definição do sucesso ao nível da comunidade.** O modelo RCDH promove uma abordagem participativa, sensível aos aspectos relacionados com a diferença entre os sexos, a equidade e a cultura, através da qual a comunidade alcança uma melhor compreensão da gravidez saudável, do parto e dos cuidados neonatais, assim como dos problemas de saúde maternos e neonatais. Os membros da comunidade são a chave para o planeamento e para o processo de tomada de decisões, para a melhoria dos cuidados de saúde maternos e neonatais, incluindo:

- Estudo e compreensão dos factores que afectam a saúde e a sobrevivência da mulher durante a gravidez, o nascimento e o período pós-parto e a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos;
- O início do diálogo para o desenvolvimento das abordagens baseadas em factos provados à mobilização da comunidade e da sociedade, para a) reafirmar práticas saudáveis correntes na comunidade, e b) negociar actividades futuras;
- A ajuda ás comunidades para o desenvolvimento dos planos de acção das estratégias de implementação e sustentabilidade que apoiam as práticas saudáveis;
- A acção positiva para apoiar as normas sociais ou comportamentos individuais que poderão contribuir para a obtenção de melhores resultados para as mulheres e recém-nascidos, ou desencorajar práticas prejudiciais através da adopção de novos comportamentos;
- Desenvolver sistemas para a preparação de emergências, tais como esquemas de salvamento, transporte e potenciais doadores de sangue;
- Monitorizar e avaliar os resultados do esforço efectuado para a melhorar as práticas a executar no domicílio e a qualidade das unidades sanitárias; da utilização de cuidados especializados e da cobertura dos serviços-chave de saúde. Os indicadores para a monitorização e avaliação do progresso e do impacto destas intervenções, estão listados no compêndio CORE Group's Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group, *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium*[14].

• **Melhoria das competências dos trabalhadores de saúde.** O compromisso com os prestadores de cuidados de saúde (incluindo membros da família, TSCs e profissionais qualificados) é um componente essencial para a selecção e implementação das actividades e intervenções para melhorar os cuidados de saúde ao nível da comunidade e da unidade sanitária. Estas intervenções ao nível da comunidade não se limitam apenas à alteração de comportamentos. Os trabalhadores de saúde das unidades sanitárias necessitam igualmente de melhorar a prestação de serviços baseando-se nas necessidades das comunidades que servem. A competência resultante da formação em serviço ou em pré-serviço, é necessária para fornecer conhecimentos e qualificações baseados em factos provados, incluindo a formação de assistência ao parto normal (de acordo com os valores culturais), os CEBON e os CECON. O apoio e a ajuda proporcionada às parcerias entre os prestadores dos serviços das unidades sanitárias, líderes da comunidade, trabalhadores de saúde que não pertençem ao MS, beneméritos e ONGs, são fundamentais para a construção de sistemas de saúde de apoio que ajudarão na resolução das questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde das mulheres da comunidade.

• **Criação de um ambiente favorável.** A ligação entre as comunidades e as unidades sanitárias periféricas e distritais requer alterações. As famílias e os trabalhadores de saúde das unidades sanitárias, os grupos da comunidade e os líderes, os políticos, os gestores de programas das ONGs e das OIs, e os beneméritos, deverão trabalhar em conjunto para criarem um ambiente favorável à prestação de cuidados maternos e neonatais.
- Os ambientes médicos e sociais deverão permitir que as famílias, a comunidade e os trabalhadores de saúde, coloquem em prática os comportamentos e o funcionamento da abordagem RCDH, para que estes comportamentos se estabeleçam como normas sociais e comunitárias.
- Deverá ser instituída, a nível nacional, a política e a autoridade legal para que os trabalhadores de saúde possam executar as intervenções clínicas e os serviços adequados.
- Um sistema de encaminhamento baseado na comunidade – incluindo comunicações, recursos financeiros de emergência e transporte e a supervisão de apoio dos trabalhadores de saúde – deverá constituir uma estrutura de apoio que ligue as mulheres, os recém-nascidos e os trabalhadores de saúde da comunidade, às unidades sanitárias.
- Unidades sanitarias funcionais e eficientes necessitam de um número suficiente de profissionais qualificados, com autoridade legal para executarem técnicas de salvamento de vidas na comunidade, nomeadamente através da administração de tónicos uterinos, de antibióticos e da execução de procedimentos clínicos adequados.
- É necessário um sistema de apoio à comunidade e aos trabalhadores de saúde, nos termos adequados de compensação, supervisão e de equipamento, que lhes forneçam as competências e os materiais necessários para que possam executar de forma adequada as tarefas por si assumidas. Deverão ser satisfeitas todas as necessidades de trabalho dos trabalhadores de saúde, incluindo as tabelas de ordenados, oportunidades de desenvolvimento da carreira, continuação de educação médica e supervisão de apoio[9].

• **Garantia da qualidade dos cuidados de saúde.** As comunidades, os trabalhadores de saúde, os políticos, os decisores, os beneméritos e as outras partes interessadas deverão comprometer-se numa acção colectiva e de responsabilidade partilhada, que garanta que os cuidados de saúde de qualidade são prestados a todos os níveis, e

Jaime Cisneros/Bolivia

que as ligações entre estes níveis são fortes. A qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde serão criadas através da constituição de alianças, actividades coordenadas e visão de conjunto, e é a chave para o funcionamento eficaz da rede contínua de cuidados.

• **Recursos a serem afectados.** Os beneméritos e os decisores que pretendem reduzir a mortalidade materna e neonatal deverão aplicar recursos financeiros e reforçar as políticas de apoio à implementação de rede contínua de prestação de cuidados de saúde, e deverão trabalhar em colaboração com outros parceiros para garantir que os programas resolvem todas as situações críticas da RCDH. Os gestores de programas, as ONGs, as OIs, os trabalhadores de saúde , os líderes da comunidade e outras partes interessadas, deverão defender e trabalhar conjuntamente com o MS para políticas melhoradas e para os necessários recursos financeiros e humanos, para a implementação completa da estrutura da RCDH.

ESTABELECER UMA BASE DE APOIO NACIONAL E GLOBAL

A implementação da RCDH requer o apoio das partes interessadas da comunidade de cuidados de saúde, e mais importante, do ministério da saúde. A actualização das linhas orientadoras dos cuidados maternos e neonatais, de forma a reflectirem os novos conhecimentos e práticas baseados em factos provados e apoiarem as políticas de apoio, pode ter um impacto significativo na melhoria dos cuidados; assumido um compromisso com programas – tais como a formação e o trabalho de campo – que complementam a procura crescente das comunidades.

Além disso, para obter a autoridade legal para a execução dos procedimentos necessários de salvamento de vidas, que podem prevenir a mortalidade e a morbilidade materna e neonatal, é necessário colaborar com parceiros multi-laterais e da sociedade civil, por forma a ajudar a persuadir as autoridades governamentais (em particular o MS), a permitir o aumento da responsabilidade dos trabalhadores de saúde para a execução de intervenções para o salvamento de vidas.

A coligação dos ministérios da saúde, assim como de outras agências governamentais e oficiais, ONGs e partes interessadas, é essencial para facultar os recursos necessários ao funcionamento da Rede de cuidados do domicílio para o hospital de saúde materna e neonatal e deverá ser apoiada pelas políticas nacionais adequadas, que permitem às comunidades, aos trabalhadores de saúde de todos os níveis e às unidades sanitárias do sector público e privado, aumentar o bem-estar e a taxa de sobrevivência materna e neonatal. Ao preparar as mulheres e as famílias para a gravidez e para o nascimento da criança, e possuindo soluções no local para fornecer os cuidados de saúde básicos e identificação e tratamento de emergências, a comunidade poderá prevenir a perda desnecessária de vidas de mulheres e dos seus recém-nascidos. Em última análise, a implementação da RCDH reforça os cuidados de saúde para todos os membros da comunidade.

	O AGREGADO FAMILIAR DENTRO DA COMUNIDADEUNIDADE SANITÁRIA	DO TIPO 1 RCDH DE CUIDADOS MATERNOS E NEONATAIS
CUIDADOS PRÉ-NATAIS	1. Melhore as práticas preventivas pré-natais, tais como: • Prevenção da malária – utilização de RTI e TPP para a prevenção da malária • Sexo seguro • Nutrição adequada • Imunização contra o tétano 2. Assegure no mínimo 4 visitas de CPN a iniciar o mais cedo possível (pelas 12 semanas de gravidez) 3. Melhore o planeamento do parto e a preparação para resposta a complicações das mulheres grávidas, das famílias e das comunidades. 4. Melhore a identificação dos sinais de perigo materno e neonatal e aumente a procura de cuidados por parte das mães e das famílias 5. Certifique-se que as famílias e os trabalhadores de saúde possuem conhecimentos e competências para executarem os primeiros socorros obstétricos 6. Promova o aconselhamento e o rastreio voluntário do HIV	1. Forneça serviços CPN[11] orientados TPP, AT, prevenção e detecção de DST, PTHMF, ferro/ folato, PP/RC 2. Identifique e controle de forma adequada os sinais de perigo 3. Preste os CEBON 24 horas por dia 4. Aumente o envolvimento da comunidade na gestão da unidade 5. Aumente o sistema de encaminhamento incluindo a comunicação com, e a transferência para, o nível seguinte de cuidados de saúde 6. Forneça serviços CPN no terreno 7. Apoie e supervisione intervenções ao nível do agregado familiar
CUIDADOS DE PARTO E PRÉ-NATAIS	**Para a Mãe** 1. Promova a execução do parto por um profissional qualificado (que inclua a utilização de partograma e gestão activa da terceira fase do trabalho de parto (GATFTP)) no domicílio 2. Garanta um parto limpo e seguro, mesmo quando não seja possível a execução do parto por um profissional qualificado, que inclua a utilização de misoprostol após o nascimento do bebé 3. Assegure à mãe hidratação e nutrição adequadas, durante o trabalho de parto **Para o Recém-Nascido** 1. Inicie imediatamente e em exclusivo a amamentação dentro de 1 hora 2. Mantenha o calor do bebé: seque e embrulhe imediatamente, ou seque e coloque junto à pele da mãe e cubra o bebé 3. Retarde o banho 4. Identifique e ressuscite recém-nascidos asfixiados **Para os Dois** 1. Melhore a identificação dos sinais de perigo materno e neonatal e aumente a procura de cuidados por parte das mães e das famílias 2. Certifique-se que as famílias e os trabalhadores de saúde possuem conhecimentos e competências para executarem os primeiros socorros obstétricos	1. Conduza um parto limpo e seguro, que inclua a utilização de partograma e GATFTP[15] 2. Identifique e controle de forma adequada os sinais de perigo maternos e neonatais 3. Preste os CEBON 24 horas por diaPreste os CEBON 24 horas por dia 4. Melhore o sistema de encaminhamento incluindo a comunicação com, e a transferência para, o nível seguinte de cuidados 5. Apoie e supervisione intervenções ao nível do agregado familiar 6. Forneça os serviços de PTHMF, incluindo a utilização de nevirapina
CUIDADOS PÓS-PARTO	**Para a Mãe** 1. Melhore as práticas preventivas, tais como: • Utilização de RTI para a prevenção da malária • Sexo seguro • Nutrition adéquate • Higiene básica 2. Inicie o planeamento familiar **Para o Recém-Nascido** 1. Continue a amamentação exclusiva 2. Mantenha o calor do bebé 3. Mantenha o cordão umbilical limpo e seco 4. Promova as imunizações recomendadas 5. Coloque o bebé a dormir com a mãe debaixo da RTI **Para os Dois** 1. Garanta atempadamente uma visita a um profissional qualificado, no máximo até 3 dias após o nascimento 2. Melhore a identificação dos sinais de perigo materno e neonatal e aumente a procura de cuidados por parte das mães e das famílias 3. Certifique-se que as famílias e os trabalhadores de saúde possuem conhecimentos e competências para executarem os primeiros socorros obstétricos e neonatais	1. Identifique e controle de forma adequada os sinais de perigo maternos e neonatais 2. Preste os CEBON 24 horas por diav 3. Melhore o sistema de encaminhamento incluindo a comunicação com, e a transferência para, o nível seguinte de cuidados 4. Apoyar y supervisar las intervenciones a nivel del hogar 5. Forneça os serviços de PTHMF, incluindo a nevirapina para o bebé 6. Forneça serviços de cuidados neonatais no terreno

	UNIDADE SANITÁRIA DO TIPO 2 HOSPITAL DISTRITAL	HOSPITAL DISTRITAL	AMBIENTE FAVORÁVEL
CUIDADOS PRÉ-NATAIS	1. Todas as intervenções indicadas para a unidade sanitária do Tipo 1 E: 2. Fornece os serviços básicos de laboratório de detecção de anemia, de DST e do HIV 3. Faculta transfusões de sangue	1. Todas as intervenções indicadas para a unidade sanitária do Tipo 2, E: 2. Assegura um banco de sangue interno 3. Fornece serviços completos de laboratório	1. A ligação entre as comunidades e as unidades sanitárias periféricas e distritais requer alterações. As famílias e os trabalhadores de saúde das unidades sanitárias, os grupos da comunidade e os líderes, os políticos, os gestores de programas das ONGs e das OIs, e os beneméritos, deverão trabalhar em conjunto para criarem um ambiente favorável à prestação de cuidados maternos e neonatais. 2. Os ambientes médicos e sociais deverão permitir que as famílias, a comunidade e os trabalhadores de saúde, coloquem em prática os comportamentos e o funcionamento da abordagem RCDH, para queestes comportamentos se estabeleçam como normas sociais e comunitárias. 3. Deverá ser instituída, a nível nacional, a política e a autoridade legal para que os trabalhadores de saúde possam executar as intervenções e os serviços adequados. 4. Um sistema de encaminhamento baseado na comunidade – incluindo comunicações, recursos financeiros de emergência e transporte e a supervisão de apoio dos trabalhadores de saúde – deverá constituir uma estrutura de apoio que ligue as mulheres, os recém-nascidos e os trabalhadores de saúde da comunidade, às unidades sanitárias. 5. Unidades sanitárias funcionais e eficientes necessitam de um número suficiente de profissionais qualificados, com autoridade legal para executarem técnicas de salvamento de vidas na comunidade, especificamente através da administração de tónicos uterinos, de antibióticos e da execução de procedimentos clínicos adequados. 6. É necessário um sistema de apoio à comunidade e aos trabalhadores de saúde, nos termos adequados de compensação, supervisão e de equipamento, que lhes forneçam as competências e os materiais necessários para que possam executar de forma adequada as tarefas por si assumidas. Deverão ser satisfeitas todas as necessidades de trabalho dos trabalhadores de saúde, incluindo as tabelas de ordenados, oportunidades de desenvolvimento da carreira, continuação de educação médica e supervisão de apoio. 7. Garantia da qualidade dos cuidados de saúde. As comunidades, os prestadores de serviços, os políticos, os decisores, os beneméritos e as outras partes interessadas deverão comprometer-se numa acção colectiva e de responsabilidade partilhada, que garanta que os cuidados de qualidade são prestados a todos os níveis, e que as ligações entre estes níveis são fortes. A qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde serão criadas através da constituição de alianças, actividades coordenadas e visão de conjunto, e é a chave para o funcionamento eficaz da rede contínua de cuidados. 8. Recursos a serem afectados. Os beneméritos e os decisores que pretendem reduzir a mortalidade e a morbilidade materna e neonatal deverão aplicar recursos financeiros e reforçar as políticas de apoio à implementação de rede contínua de prestação de cuidados de saúde, e deverão trabalhar em colaboração com outros parceiros para garantir que os programas resolvem todas as situações críticas da RCDH. Os gestores de programas, as ONGs, as OIs, os trabalhadores de saúde os líderes da comunidade e outras partes interessadas, deverão defender e trabalhar conjuntamente com o MS para a formulação de políticas melhoradas e para a obtenção de recursos humanos e financeiros.
CUIDADOS DE PARTO E PRÉ-NATAIS	1. Os mesmos serviços descritos para a unidade sanitária do Tipo 1 E: 2. Transfusão de sangue 3. Serviços básicos de laboratório	1. Os mesmos serviços descritos para a unidade sanitária do Tipo 2, E: 2. Gestão de todas as complicações relacionadas com a gravidez e tratamentos de recém-nascidos doentes, incluindo os relacionados com procedimentos cirúrgicos/obstétricos 3. Serviços completos de laboratório todos os testes laboratoriais básicos, açúcar no sangue, bilirrubina, DST/ HIV 4. Banco de sangue interno 5. Presta os CEBON 24 horas por dia	
CUIDADOS PÓS-PARTO	1. Os mesmos serviços descritos para unidade sanitária do Tipo 1 E: 2. Transfusão de sangue 3. Serviços básicos de laboratório	1. Os mesmos serviços descritos para a unidade sanitária do Tipo 2 E: 2. Gestão de todas as complicações relacionadas com a gravidez e tratamentos de recém-nascidos doentes, incluindo os relacionados com procedimentos cirúrgicos/obstétricos 3. Serviços completos de laboratório todos os testes laboratoriais básicos, açúcar no sangue, bilirrubina, DST 4. Banco de sangue interno 5. Presta os CEBON 24 horas por dia	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. *World Health Report: 2005: Make Every Mother and Child Count.* Geneva: WHO, 2005.

2. Lawn J, et al. "4 million neonatal deaths: when? where? why?" *The Lancet,* Neonatal Survival series, março 2005. 9-18.

3. Darmstadt G, et al. "Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?" *The Lancet,* Neonatal Survival series, março 2005. 19-30.

4. Bang A, Bang R, Reddy H. "Home-based neonatal care: summary and applications of the field trial in rural Gadchiroli, India (1993 to 2003)." *J. Perinatology* 2005; 25:S108-S122.

5. World Health Organization. *Mother-Baby Package: Implementing Safe Motherhood in Countries.* WHO/FHE/MSM/94.11

6. World Health Organization. *Managing Newborn Problems: A Guide for Doctors, Nurses and Midwives.* Geneva: WHO, 2003.

7. Knippenberg R, et al. "Systematic scaling up of neonatal care in countries," *The Lancet,* Neonatal Survival series. março 2005. 31-43.

8. Morrison J, et al. "Women's health groups to improve perinatal care in rural Nepal." *BioMed Central Pregnancy and Childbirth* 2005, 5:6.

9. Nanda G, Switlick K, Lule E. "Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches." *Health, Nutrition and Population.* Washington, D.C.: The World Bank, abril 2005.

10. Parlato R, Darmstadt G, Tinker A. "Qualitative Research to Improve Newborn Care Practices." Saving Newborn Lives Tools for Newborn Health. Washington, D.C.: Save the Children, 2004.

11. Sibley L, Buffington S T, Beck D, Armbruster D. "Home based life saving skills: promoting safe motherhood through innovative community based interventions." *J. Midwifery and Women's Health* 46(4): 258-266, 2001.

12. UNICEF, WHO, e UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. UNICEF, WHO and UNFPA, October 1997. Según estas guías, la AONEB incluye administrar antibióticos por vía parenteral, administrar oxitócicos por vía parenteral, administrar anticonvulsivos para la preeclampsia y eclampsia por vía parenteral, realizar la remoción de productos retenidos (por ejemplo, aspiración manual por vacío) y realizar el parto vaginal asistido. La AONEI cubre todos los servicios de atención obstétrica esencial básica además de la cirugía (cesárea) y la transfusión de sangre.

13. MNH Program. "BP/CR: A Matrix of Shared Responsibility." Afiche (revisado). Baltimore: JHPIEGO, 2004.

14. Safe Motherhood and Reproductive Health Working Group, CORE Group, *Maternal and Newborn Standards and Indicators Compendium,* Washington, D.C.: dezembro 2004.

15. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. "Active versus expectant management in the third stage of labour." *The Cochrane Review*, em The Cochrane Library, Issue 3. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd., 2004.

16. Kinzie B, Gomez P. *Basic Maternal and Newborn Care: A Guide for Skilled Providers.* Maternal and Neonatal Health Program. Baltimore: JHPIEGO, 2004.

17. Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P. *Care of the Newborn: Reference Manual.* Saving Newborn Lives. Washington, D.C.: Save the Children, 2004.

Julia Ruben/India

Michael Biscelgie/Mali

O Programa ACCESS é um programa global da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional, para melhorar a saúde materna e neonatal. O Programa ACCESS trabalha para expandir a cobertura, o acesso e a utilização de serviços chave de saúde materna e neonatal, através de cuidados contínuos de casa até ao hospital – com o objectivo de tornar acessíveis os serviços de saúde de qualidade, e tão perto quanto possível do lar. A JHPIEGO implementa o programa em parceria com Salvem as Crianças, Futuros de Constella, a Academia para o Desenvolvimento Educacional, a Universidade Americana de Enfermeiras-Parteiras e a Assistência Médica Inter-igrejas.

access

Access to clinical and community maternal, neonatal and women's health services